

**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS**



## **AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM MOÇAMBIQUE**

**Palmira Fortunato dos Santos**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM SAÚDE MENTAL INTERNACIONAL**

**Orientador:  
Prof. Doutor Benedetto Saraceno**

**Lisboa, 2011**

---

## **SUMÁRIO EXECUTIVO**

O instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental da organização mundial de saúde (WHO-AIMS) foi usado para a recolha de informações sobre o Programa Nacional de Saúde Mental de Moçambique. O presente estudo tem como objectivo melhorar o Programa Nacional de Saúde Mental e fornecer um ponto de partida para a monitorização das mudanças. Os resultados do estudo permitirão a Moçambique fortalecer a sua capacidade para desenvolver planos de saúde mental baseados em informações com pontos de partida e metas bem definidos. O relatório será também útil para a monitorização do progresso da implementação de reformas nas políticas de saúde mental, na disponibilização de serviços de base comunitária, e no envolvimento dos utentes, seus familiares e outros actores na promoção, prevenção, cuidados e reabilitação em saúde mental.

Tendo em conta os antecedentes históricos da saúde mental em Moçambique, a realidade actual clama por reformas profundas voltadas para uma intervenção mais humanizada e com enfoque nos cuidados primários. É nesse contexto que o estudo realizado apresenta resultados relacionados com as políticas, legislação, estratégias e planos de acção e financiamento para a saúde mental; serviços de saúde mental; cuidados primários; recursos humanos e ligação com outros sectores chave.

A saúde mental foi avaliada desde o sistema de gestão até ao nível comunitário. Relativamente aos órgãos de gestão, a principal constatação é que existem instrumentos legais para sustentar as iniciativas desta área e influenciar os meios políticos em prol da saúde mental. Todavia, o caminho a percorrer ainda é longo uma vez que não está ainda aprovada nenhuma lei de saúde mental e os financiamentos para a área não permitem a implementação das reformas necessárias.

Os serviços ao nível clínico debatem-se com a problemática dos recursos humanos (constituídos principalmente por técnicos de psiquiatria) e disponibilidade de psicofármacos. O modelo biopsicossocial ainda não é implementado integralmente uma vez que são poucos os serviços que oferecem apoio psicossocial (que inclui a reabilitação e reintegração) para além da intervenção farmacológica. Esta pode ser considerada uma das principais causas de recaídas identificadas em todas as províncias.

Há uma necessidade urgente de se realizarem pesquisas e levantamentos epidemiológicos que possam servir de suporte para a advocacia em saúde mental com vista a melhoria dos cuidados a prestar aos pacientes e comunidade. Os instrumentos de recolha de informação de rotina não são adequados limitando a fidelidade dos dados recolhidos e a possibilidade de uma gestão dos serviços de saúde mental que responda as reais necessidades da população.

Em suma, os resultados aqui apresentados mostram que Moçambique tem uma base que pode ser considerada uma mais valia para a reforma do sistema de saúde mental. Existem, ainda que escassos, recursos como humanos, infra-estruturas e legislação para a prestação dos serviços clínicos. É preciso investir na saúde mental para que os recursos existentes sejam melhorados e expandidos, apostando na criação de equipas multidisciplinares e qualificação das equipas de gestão e equipas clínicas.

**Palavras-Chave:** Políticas e Legislação, Financiamento, Advocacia, Recursos Humanos, Serviços de Saúde Mental, Cuidados primários.

## **ABSTRACT**

---

The World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Services (WHO-AIMS) was used to collect information about the National Mental Health Program of Mozambique. The present study aims to improve the National Mental Health Program and provide a starting point for monitoring change. The study results will allow Mozambique to strengthen its capacity to develop mental health plans based on information with starting points and well-defined goals. The report will also be useful for monitoring the progress of implementation of reforms in mental health policies, the provision of community-based services, and involvement of users, their families and other stakeholders in the promotion, prevention, care and rehabilitation in mental health.

Given the historical background of mental health in Mozambique, the current situation calls for reforms aimed at a more humane intervention focused on primary care. In this context, the study presents results related to policies, legislation, strategies and action plans and funding for mental health; mental health services; primary care; human resources and liaison with other key sectors.

Mental health was assessed from the management system to the community level. With regard to the management, the main observation is that there are legal instruments to support the initiatives in this area and to influence the political means on behalf of mental health. However, the pathway is still long as it is not yet approved any Mental Health Law and the funding for the area do not allow the implementation of necessary reforms.

Services at the clinical level are struggling with the issue of human resources (consisting primarily of psychiatrist technicians) and availability of psychotropic drugs. The biopsychosocial model is not yet fully implemented since there are few services providing psychosocial support (including rehabilitation and reintegration) in addition to pharmacological intervention. This can be considered a major cause of relapse identified in all provinces.

There is an urgent need to conduct research and epidemiological surveys which could provide support for advocacy in mental health in order to improve the mental health care for the patients and community. The routine data collection instruments are not appropriate limiting the fidelity of the data collected and the possibility of a management of mental health services that meets the real needs of the population.

In summary, the results presented here show that Mozambique has a groundwork that can be considered an asset for the reform of mental health system. There are, though scarce, human resources, infrastructure and legislation for the provision of clinical services. It's necessary to invest in mental health so that existing resources are improved and expanded, and to invest on the creation of multidisciplinary teams and qualification of management teams and clinical teams.

**Key-Words:** Mental Health Services, Policy and Legislation, Financing, Advocacy, Human Resources, Primary Care.

## ***Dedicatória***

Ao meu esposo Ricardo e meus filhos Diogo e Larissa  
Dedico este trabalho pela paciência na espera pelo meu “regresso”.

# *Agradecimentos*

**Ao meu esposo Ricardo**

Por todo o apoio na realização deste curso e  
em particular na elaboração do trabalho de tese.

**Aos meus dois amores, Larissa e Diogo,**

Pela alegria e espontaneidade de todos os dias.

**A equipa do Departamento de Saúde Mental e CEPAEP,  
Este Trabalho É NOSSO!**

**Ao Prof. Doutor Benedetto Saraceno, meu professor e orientador de tese**

Pelo despertar da paixão pela saúde mental pública.

**Ao corpo docente do MIPSSM, em especial o Prof. Doutor Caldas de Almeida,**

Por todo o conhecimento e experiência partilhados.

**A equipa do GEPP da FCM-UNL, em especial a Srta. Sónia Tavares,**

Por terem facilitado todo o processo para a participação neste mestrado.

**Aos colegas da OMS Moçambique, AFRO e Genebra,**

Pela colaboração em todo o processo de avaliação com o WHO-AIMS.

# ***ÍNDICE***

INTRODUÇÃO.....	8
<b>CAPÍTULO 1 __ BREVE HISTORIAL DA SAÚDE MENTAL EM MOÇAMBIQUE .....</b>	<b>9</b>
1. ANTECEDENTES DA SAÚDE MENTAL EM MOÇAMBIQUE.....	10
1.1 O Surgimento do Programa Nacional de Saúde Mental.....	10
1.2 De Secção a Departamento de Saúde Mental no Ministério da Saúde .....	12
1.3 Serviços Hospitalares (Rede de Atendimento) .....	14
1.4 Recursos Humanos.....	16
1.5 Prevenção .....	17
1.6 Tratamento.....	18
1.7 Reabilitação e Reinserção Social .....	19
1.8 Investigação .....	20
1.9 Legislação e Estratégias.....	21
1.10 Colaborações e parcerias .....	21
<b>CAPÍTULO 2 __ METODOLOGIA.....</b>	<b>24</b>
2. METODOLOGIA.....	25
2.1 Amostragem e Plano de Recrutamento.....	26
2.2 Variáveis.....	27
2.3 Instrumentos.....	26
2.4 Procedimentos de Adaptação, Tradução, Retro-tradução.....	27
2.5 Plano de Análise Estatística.....	28
2.6 Limitações do estudo .....	28
<b>CAPÍTULO 3 __ RESULTADOS .....</b>	<b>29</b>
3. RESULTADOS .....	30
3.1 QUADRO DE POLÍTICAS E LEGISLAÇÃO .....	30
3.1.1 Políticas, Planos e Legislação .....	30
3.1.2 Financiamento do Programa Nacional de Saúde Mental.....	30

3.1.3	Políticas de Direitos Humanos .....	31
3.2	SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL .....	31
3.2.1	Organização dos Serviços de Saúde Mental .....	31
3.2.2	Consultas Externas de Saúde Mental .....	31
3.2.3	Centros de Dia .....	32
3.2.4	Internamento Psiquiátrico de Base Comunitária .....	32
3.2.5	Residências Protegidas na Comunidade .....	33
3.2.6	Hospitais Psiquiátricos .....	33
3.2.7	Internamento Forense e Outras Residências Protegidas .....	34
3.2.8	Direitos Humanos e Equidade .....	34
3.3	SAÚDE MENTAL NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS .....	38
3.3.1	Treino do Pessoal dos Cuidados Primários em Saúde Mental .....	38
3.3.2	Saúde Mental nos Cuidados Primários .....	38
3.3.3	Prescrição de Psicofármacos nos Cuidados Primários .....	39
3.4	RECURSOS HUMANOS .....	39
3.4.1	Número de Recursos Humanos nos Serviços de Saúde Mental .....	39
3.4.2	Formação de Profissionais de Saúde Mental .....	42
3.4.3	Associações de Familiares e de Pacientes .....	43
3.5	LIGAÇÃO COM OUTROS SECTORES E PROMOÇÃO DE SAÚDE .....	43
3.5.1	Educação Pública e Campanhas de Promoção de Saúde Mental .....	43
3.5.2	Medidas Legislativas e Financeiras para as Pessoas com Perturbações Mentais .....	44
3.5.3	Ligação Com Outros Sectores .....	44
3.6	MONITORIA E PESQUISA .....	44
3.6.1	Monitoria .....	44
3.6.2	Pesquisa .....	46
<b>CAPÍTULO 4 DISCUSSÃO, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....</b>		<b>47</b>
4.1	DISCUSSÃO .....	47
4.2	CONCLUSÕES .....	49
4.3	RECOMENDAÇÕES .....	51
5.	LISTA DE REFERÊNCIAS .....	54

## **INTRODUÇÃO**

Moçambique é um país situado na África Austral com uma área geográfica terrestre, lacustre e marítima de 801 590 km<sup>2</sup> e uma população de 20.530.714 habitantes. A proporção da população com menos de 14 anos é de 46.9% e a proporção da população com mais de 65 anos é de 3.1%. Cerca de 70.2% da população vive em zonas rurais (censo de 2007).

O português é a língua oficial do país (artigo 10 da Constituição da República), e usada na comunicação entre os vários grupos étnicos de Moçambique. No entanto, ela é língua materna de apenas 6% da população, número que, na cidade capital Maputo, chega aos 25%. Não obstante, cerca de 40% dos moçambicanos declararam que a sabiam falar (em Maputo a cifra estará acima dos 87%). Existem três grandes grupos etnolinguísticos no país, nomeadamente o XiTsonga na zona sul, o XiSena na zona centro e o eMacua na zona norte que é o mais numeroso. Em termos de religião, as principais correntes são a católica, a islâmica e outras religiões cristãs e animistas.

Moçambique é, de acordo com os indicadores do Banco Mundial de 2010, considerado um país em vias de desenvolvimento ocupando o 184º lugar do Índice de Desenvolvimento Humano das Nações Unidas (Relatório de Desenvolvimento Humano de 2011). A esperança de vida à nascença é de 51.8 anos para mulheres e 47.1 para homens. E a taxa de alfabetização total é de 49.6% (censo 2007).

No Serviço Nacional de Saúde (Sector Público) existem 84 camas hospitalares e 5.07 médicos para cada 100.000 habitantes. Em termos de cuidados primários, há 1224 unidades sanitárias (postos e centros de saúde) com ou sem médico. Os recursos para a saúde estão distribuídos por todo o país dando resposta à política de descentralização, apesar de haver maior concentração de especialistas na capital do país.

O Programa Nacional de Saúde Mental actual é de base comunitária visto que a maior parte dos pacientes são atendidos em regime de ambulatório em unidades sanitárias junto das suas comunidades ou locais de residência. Contudo, os recursos para o desenvolvimento dos serviços de saúde mental ainda são escassos.

### **OBJECTIVOS**

O presente trabalho tem como principal objectivo recolher informações essenciais sobre o sistema de Saúde Mental de Moçambique que possam servir de base para a apresentação de recomendações para a melhoria da qualidade dos serviços prestados a população.

Especificamente, o trabalho irá fornecer informações sobre os pontos fortes e fracos do sistema existente delineando um ponto de partida para a implementação de reformas dos serviços de saúde mental do país.



# **CAPÍTULO 1**

## **BREVE HISTORIAL DA SAÚDE MENTAL EM MOÇAMBIQUE**

## **1. ANTECEDENTES DA SAÚDE MENTAL EM MOÇAMBIQUE**

A saúde mental em Moçambique sempre foi uma área contemplada pelo Governo. Contudo, a assistência prestada aos doentes mentais no país era do tipo reclusiva em que os pacientes foram confinados em manicómios (período colonial), passando, no pós-independência, por uma segunda fase de total libertação dos doentes, seguindo-se um tipo de cuidados em regime semiaberto a partir de 1990, com a participação das comunidades, tendo sempre em vista a reabilitação e reinserção social destes.

Actualmente, e depois de terem sido preconizados, no Programa Nacional de Saúde Mental em 1990, os objectivos referentes a organização e estrutura do serviço clínico e de reabilitação – incluindo a criação de uma rede de atendimento em psiquiatria e saúde mental que deverá englobar serviços de psiquiatria, psicologia, psicopedagogia, enfermagem, terapia ocupacional, serviço social e as suas respectivas áreas afins, bem como outras áreas de saúde em geral – ainda não foram atingidos na íntegra.

### **1.1 O SURGIMENTO DO PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL**

À altura da Independência de Moçambique, o Primeiro Governo da República adoptou as ideias defendidas pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia (que esteve em Moçambique num seminário onde difundiu as suas visões sobre psiquiatria social, deixando alguns dos seus colaboradores mais próximos a trabalhar nos serviços de Psiquiatria e Saúde Mental em Moçambique), determinando o encerramento de duas das principais unidades de tratamento em psiquiátrico do país (Hospital do Benfica, actual Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário – CRDS – e o Asilo de Marracuene) passando estes pacientes a ser “devolvidos” às suas comunidades e famílias.

Os restantes pacientes que não puderam ser reintegrados nas suas famílias permaneceram ou foram transferidos para os hospitais psiquiátricos do Infulene e de Nampula. Mantiveram-se também no activo as enfermarias de psiquiatria do Hospital Central de Maputo, do Hospital Central da Beira e do Hospital Provincial de Chissui.

Contudo, a herança do período colonial era pesada e deficitária em recursos humanos, estruturação e organização dos serviços de Psiquiatria e Saúde Mental uma vez que não havia uma estrutura intermédia que fizesse a ponte entre os serviços especializados em saúde mental, os cuidados primários e a comunidade.

Com efeito, no VI Conselho Coordenador de Saúde realizado em Maputo de 22 a 25 de Agosto de 1979 foi então criada a Comissão Coordenadora de Saúde Mental, presidida pela primeira médica psiquiatra moçambicana, a Dr.<sup>a</sup> Custódia Mandlhate, que seria responsável pela organização das actividades desta área, bem como da elaboração de Programas de Saúde Mental de nível nacional.

Na sequência dos trabalhos desta Comissão, foi realizado o Primeiro Seminário Nacional de Saúde Mental, nos dias 15 e 16 de Outubro de 1984, com a presença de vários representantes de instituições da saúde e membros das organizações não governamentais que operavam em Moçambique no âmbito psicossocial.

A análise feita nesse primeiro Seminário identificou os seguintes problemas na área da saúde mental:

1. Centralização das estruturas de tratamento;
2. Dificuldades na planificação devido a ausência de dados sobre a prevalência dos transtornos mentais no país;
3. Carência de recursos humanos, materiais e financeiros;
4. Ausência de sensibilidade para a saúde mental, quer ao nível do pessoal de saúde, quer ao nível da comunidade em geral;
5. Instabilidade dos quadros técnicos, na sua maioria, cooperantes estrangeiros; e
6. Ausência de colaboração multisectorial.

Como resultado das recomendações deste seminário, foi elaborado o Programa Nacional de Saúde Mental de Moçambique (PNSM), que salientava a necessidade de:

1. Se proceder à criação de uma estrutura responsável pelas actividades de psiquiatria e saúde mental a nível nacional;
2. Capacitar os diferentes quadros que operam na saúde, e/ou ainda em formação na área da Psiquiatria e Saúde Mental;
3. Promover a investigação epidemiológica em psiquiatria e saúde mental; e
4. Adequar a legislação à realidade sócio-cultural de Moçambique.

Este Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM) foi formalmente aprovado em 1990, no XVIº Conselho Coordenador de Saúde.

A Estratégia de Saúde Mental aprovada neste Conselho, salientava a necessidade de integração da saúde mental nos cuidados de saúde em geral, enfatizando a importância da prevenção e promoção nas actividades de psiquiatria e saúde mental, a humanização dos cuidados médicos e domiciliários, o treino formal e contínuo de profissionais de psiquiatria e saúde mental, a investigação, a colaboração

intersectorial, a implementação de legislação que oriente e proteja o doente mental e os profissionais de Psiquiatria e Saúde Mental bem como a supervisão e avaliação dos processos clínicos iniciados.

O PNSM pode ser entendido como um programa estratégico que serviu de linha de orientação para o funcionamento dos diferentes serviços (clínicos, domiciliários e institucionais) da psiquiatria e saúde mental tendo em vista a Formação de pessoal, a Prevenção, Tratamento, Reabilitação em matéria de psiquiatria e psicologia.

Este Programa tinha como objectivos fundamentais prevenir e reduzir a morbilidade causada por doenças mentais, neurológicas e distúrbios psicossociais bem como promover a Psiquiatria e Saúde Mental através da adopção de estilos de vida saudáveis.

Especificamente, este Programa visava os seguintes objectivos:

- A criação, e consolidação de uma estrutura que organizasse, dinamizasse, coordenasse e supervisionasse as acções de psiquiatria e saúde mental em Moçambique;
- A institucionalização e melhoria das acções de psiquiatria e saúde mental a todos os níveis de prestação de cuidados;
- A institucionalização, educação, treino e capacitação do pessoal que trabalhava nas diversas instituições sanitárias ou que ainda estava em formação nos diversos institutos e escolas de saúde de modo a permitir uma melhoria na prestação de cuidados no âmbito da psiquiatria e saúde mental;
- A promoção da investigação para um melhor conhecimento do perfil epidemiológico, de modo a contribuir para uma melhor programação e gestão dos recursos; e
- A adequação da legislação em Psiquiatria e Saúde Mental à realidade socio-cultural do país.

## **1.2 EVOLUÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

No primeiro organigrama do MISAU no pós-independência constava já a Secção de Saúde Mental que se enquadrava na Direcção Nacional de Medicina Preventiva.

As actividades da Secção de Saúde Mental foram impulsionadas somente após a aprovação do Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM) em 1990. Em termos organizacionais, esta área da saúde constituía um

dos sectores da Repartição de Saúde Familiar e estava inserida no Departamento de Saúde da Comunidade do Ministério da Saúde.

A primeira grande tarefa do Programa Nacional de Saúde Mental, realizada pela então Secção de Saúde Mental foi a de promover um curso médio de psiquiatria e saúde mental de três anos de duração para quadros básicos de saúde (enfermeiros e técnicos de medicina) que culminou em 1996 com a graduação de 34 Técnicos de Psiquiatria e Saúde Mental, habilitados para fazer diagnósticos e prescrições de psicofármacos.

Uma vez expandidos os serviços de psiquiatria e saúde mental para todo o país (capitais provinciais e alguns distritos) com recurso aos técnicos de psiquiatria e saúde mental formados, surgiu a necessidade de coordenar as actividades de todos os profissionais da área. Foram por isso organizadas actividades de supervisão, monitorização e avaliação em todas as províncias, divididas em zonas (norte, centro e sul) que tiveram início em 1997.

Em 1999 e 2001, foram realizadas as 1<sup>as</sup> e 2<sup>as</sup> Jornadas Científicas de Saúde Mental, respectivamente, que tinham como pontos fulcrais o balanço das actividades realizadas pelos profissionais de Psiquiatria e Saúde Mental (psicólogos, psiquiatras e os técnicos), a apresentação de trabalhos de investigação sobre temas específicos da área, análise e organização do trabalho multi-sectorial entre o PNSM e as Direcções Provinciais de Saúde, sua integração no Programa Nacional Integrado (PNI) e a coordenação dos programas de saúde mental nas províncias.

Em 2005, concluído o Plano Estratégico de Saúde Mental, foi realizada uma reciclagem dos primeiros técnicos formados e finalizado o segundo curso de técnicos de psiquiatria e saúde mental.

Em 2008, a Secção de Saúde Mental foi elevada a Departamento, constituído pelas repartições de Assistência Psiquiátrica (RAP), de Grupos Vulneráveis (RGV), de Comportamentos Saudáveis (RCS) e o Centro de Psicologia Aplicada e Exames Psicotécnicos (CEPAEP) o qual ficou integrado na Direcção Nacional de Saúde Pública na área de Prevenção e Promoção da Saúde.

Embora o PNSM contemple várias áreas de acção que vão desde a formação, prevenção, tratamento e reabilitação, e que são organizadas, coordenadas, e supervisionadas pelo Departamento de Saúde Mental, grande parte da operacionalização dos objectivos previstos nestas áreas de acção obriga a uma coordenação apertada com outros sectores do Ministério da Saúde como é o caso do Departamento de Assistência Médica que é responsável por toda a componente assistencial desde o nível primário ao quaternário.

As actividades do Departamento de Saúde Mental incluem:

- A planificação e gestão das actividades do PNSM a nível central e nacional;

- A concretização do processo de formação de mais profissionais da área de modo a garantir a expansão dos recursos humanos e maior qualidade e acesso aos serviços de psiquiatria e saúde mental;
- A supervisão e monitoria das actividades realizadas pelos profissionais da área;
- A realização de trabalhos de investigação e levantamentos epidemiológicos a nível nacional;
- A conclusão e revisão dos objectivos do PNSM, principalmente no que se refere à Legislação (Elaboração das Leis de Protecção do Doente Mental, Regulamento do Consumo e Comercialização do Álcool, Código Deontológico da Psicologia, Regulamentos de Supervisão da prática clínica em Psicologia e Regulamento da Supervisão dos estágios profissionais em psicologia).

### **1.3 REDE DE ATENDIMENTO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES**

De 1990 a 1996, a rede assistencial de psiquiatria e saúde mental se expandiu de 06 para 24 unidades sanitárias que incluíam Hospitais Psiquiátricos, enfermarias em Hospitais Centrais, internamento em Hospitais e Provinciais, distritais e alguns rurais e consultas externas em Hospitais Gerais e alguns Centros de Saúde.

Com apenas uma psiquiatra moçambicana e dois estrangeiros, e com apenas cinco infra-estruturas, na sua maioria em condições precárias para o efeito, teve início o Programa Nacional de Saúde Mental nas seguintes unidades sanitárias (Mandlhate, 1996):

- O Hospital Psiquiátrico do Infulene, em Maputo;
- A Enfermaria de psiquiatria do Hospital Central de Maputo;
- O Hospital Psiquiátrico de Nampula;
- A Enfermaria de Psiquiatria no Hospital Central da Beira em Sofala; e
- O Hospital Asilar de Chissui em Manica;

Em 1992, devido a grande afluência de pacientes adolescentes e crianças nas consultas da enfermaria de psiquiatria do Hospital Central de Maputo, inicia o funcionamento do Centro de Reabilitação Psicológica Infantil e Juvenil (CERPIJ) no mesmo hospital, que foi o primeiro serviço dedicado exclusivamente ao atendimento psicológico e psiquiátrico de crianças e adolescentes em regime ambulatorio.

Quando em 1996 se formaram os primeiros 34 técnicos de psiquiatria e saúde mental, os serviços nesta área da saúde expandiram-se para as 11 províncias do país onde foram abertas as consultas de psiquiatria em regime de ambulatorio. Os casos graves que requeriam internamento eram transferidos para os hospitais psiquiátricos ou enfermarias de psiquiatria mais próximas. Nesta altura teve também início, no

Hospital Central de Maputo, o serviço de apoio psicossocial para vítimas de violência e abuso sexual (Kulaya).

### **Hospitais Psiquiátricos**

Moçambique possui, desde 1975, somente dois hospitais especializados em psiquiatria, nomeadamente o Hospital Psiquiátrico do Infulene na capital do País, Maputo, e o outro na zona norte, em Nampula.

O Hospital Psiquiátrico do Infulene (HPI) teve em 2001 capacidade para 240 camas e funcionava com apenas dois psiquiatras auxiliados pelos técnicos de psiquiatria que começaram a trabalhar em 1996.

Já o Hospital Psiquiátrico de Nampula funcionava em condições precárias na altura do início do Programa Nacional de Saúde Mental, consequentemente, dada a escassez de recursos humanos, este teve que ser encerrado em 2004. Os pacientes que estavam internados naquela instituição foram então transferidos para o Centro de Saúde Mental na mesma província, que funcionava sob a gestão da congregação religiosa São João de Deus e que é hoje considerado como o hospital psiquiátrico de referência da zona norte do país.

### **Hospitais Centrais**

No Hospital Central de Maputo (HCM) funcionam ainda uma enfermaria de psiquiatria, um serviço de consultas externas de psiquiatria e psicologia e o Centro de Reabilitação Psicológica Infantil e Juvenil (CERPIJ).

O primeiro destes serviços a entrar em funcionamento foi a enfermaria de psiquiatria a partir da qual foi criado o serviço ambulatório. Com uma capacidade para 32 internamentos em 2006, esta enfermaria atendia principalmente pacientes com perturbações mentais agudas.

Nas consultas externas de psicologia infantil e juvenil são atendidos pacientes dos 2 aos 25 anos de idade, fazendo-se uma cobertura de todas as perturbações mentais e de comportamento da infância e adolescência.

No Hospital Central da Beira (HCB) entrou em funcionamento um serviço de psiquiatria com uma enfermaria e consultas externas de psiquiatria e de psicologia, todos integrados no mesmo espaço físico. Em 1996 havia um psiquiatra neste hospital e quatro técnicos de psiquiatria. Em 1998, é integrado um psicólogo clínico perfazendo assim um total de 6 profissionais de saúde mental no corpo clínico do HCB.

O Hospital Central de Nampula (HCN) funciona apenas com consultas externas de psiquiatria e de psicologia. Nestas consultas, são atendidos pacientes de todas as idades, agudos ou crónicos, sendo

utilizadas algumas camas dos serviços de medicina sempre que torna necessário o internamento de algum paciente.

### **Hospitais Provinciais**

As consultas externas de psiquiatria passaram a funcionar em todos os hospitais provinciais desde 1996, logo após a formação dos primeiros técnicos médios de psiquiatria e saúde mental. Estes profissionais fazem o atendimento de todos os tipos de pacientes do foro psiquiátrico, fazendo diagnóstico, prescrevendo psicofármacos e referenciando os pacientes crónicos para os serviços onde existem psiquiatras. Estes técnicos são também responsáveis pelas actividades de prevenção e promoção da saúde mental a nível comunitário.

### **Hospitais Gerais**

Os serviços de saúde mental nos Hospitais Gerais de Mavalane, José Macamo, Chamanculo na Cidade de Maputo, no Hospital Geral da Machava na província de Maputo, e no Hospital Geral de Nacala Porto em Nampula resumem-se a consultas externas de psiquiatria que são asseguradas pelos técnicos de psiquiatria e saúde mental desde 1996, nos mesmos termos em que ocorrem nos Hospitais provinciais.

### **Hospitais Rurais E Centros De Saúde**

Os serviços de psiquiatria e saúde mental mais próximos das comunidades (nível primário) funcionam com consultas externas em 14 Hospitais Rurais e 10 Centros de Saúde.

## **1.4 RECURSOS HUMANOS**

O Programa de 1990 previa a formação de recursos humanos nas vertentes de *formação em trabalho, formação nos institutos de ciências de saúde e formação universitária na faculdade de medicina da Universidade Eduardo Mondlane*.

Os primeiros quadros de saúde mental formados pelo PNSM iniciaram as suas funções em 1996, e nove anos depois, em 2006, realizou-se um segundo curso, onde se formaram mais 31 técnicos de psiquiatria e saúde mental. Para dar seguimento ao plano de desenvolvimento destes recursos humanos, o Ministério da Saúde realiza este curso a cada dois anos, com uma média de 30 estudantes por turma, com a finalidade de expandir o atendimento psiquiátrico a todos os distritos do país.

Em termos de médicos especializados em psiquiatria, apenas em 2005 foram graduados 3 profissionais moçambicanos nesta área. Até então, o serviço era assegurado por psiquiatras cubanos no âmbito da cooperação bilateral entre os dois países na área da saúde.



Relativamente aos psicólogos, até 1998 os profissionais que intervinham neste campo eram psicopedagogos que haviam feito especializações na área da psicologia clínica. Só em 2001 é que foram registados no MISAU os primeiros psicólogos clínicos a exercer funções no Serviço Nacional de Saúde.

**Tabela nº1 – Evolução dos quadros de saúde mental de nível médio e superior (no activo), integrados no SNS (2006).**

<i>Profissionais</i>		<i>Nº de profissionais/Ano</i>				
		<i>1996</i>	<i>1998</i>	<i>2001</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>
<i>Psiquiatra</i>	Nacional	1	0	0	3	3
	<i>Estrangeiro</i>	2	6	6	5	6
<i>Psicólogo</i>	Nacional	5	6	10	15	18
<i>Técnico de psiquiatria e saúde mental</i>	<i>Nacional</i>	34	34	34	28	59
<b>Total</b>		42	46	50	52	86

## **1.5 PREVENÇÃO**

As actividades de prevenção ao nível dos cuidados primários têm sido focalizadas na realização de palestras educativas, apresentação de peças de teatro, debates de rádio e televisão, produção de cartazes, panfletos e outros materiais informativos e educativos.

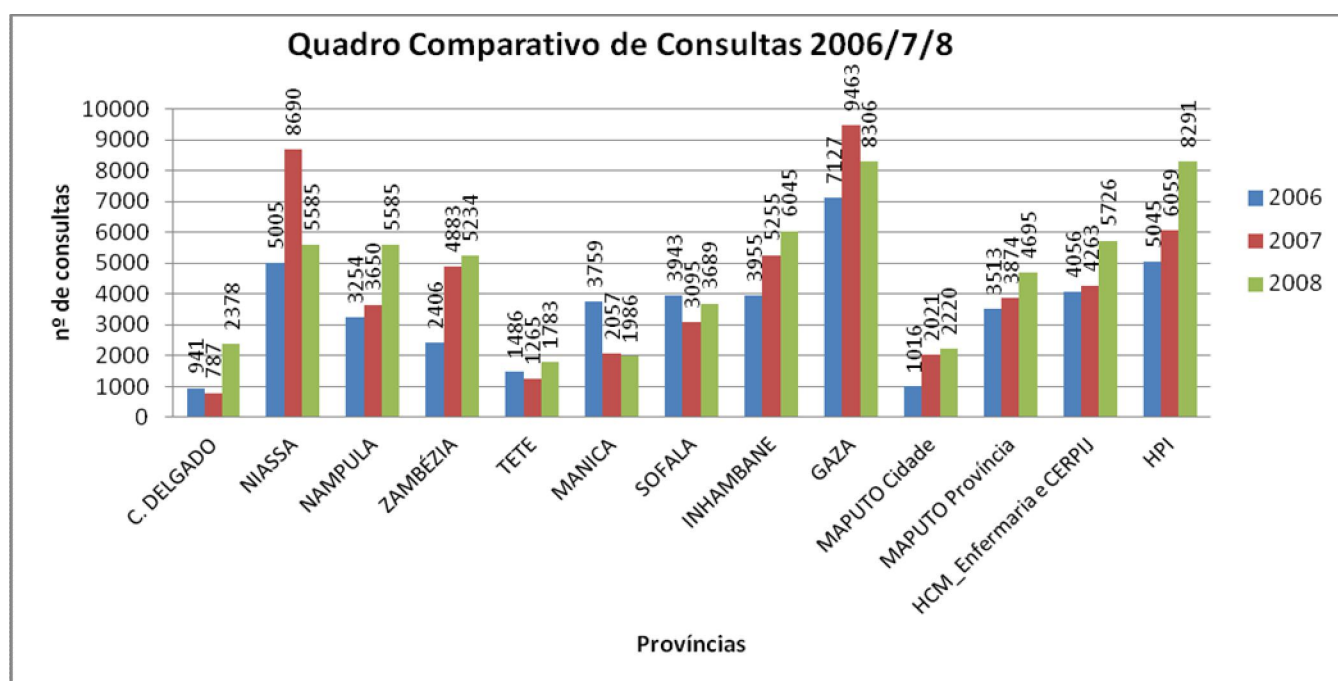
A prevenção do consumo precoce e excessivo do álcool, do tabaco e outras substâncias psicoactivas têm estado entre as prioridades nesta área de intervenção. Outras áreas de saúde mental também abordadas nas acções de prevenção referem-se a epilepsia, esquizofrenia, cuidados a ter com o doente mental na família e comunidade, bem como informações sobre as redes de atendimento.

Os técnicos de psiquiatria e saúde mental são responsáveis pela educação e informação em psiquiatria e saúde mental nas comunidades, principalmente nas periferias das grandes cidades e nas zonas rurais. Nestas intervenções, são apresentadas e debatidas com as populações temas como as causas de doenças mentais e da epilepsia, consequências do consumo do álcool, do tabaco e outras drogas.

## 1.6 TRATAMENTO

Apesar do reduzido número de profissionais de saúde mental no Serviço Nacional de Saúde, o número de pacientes atendidos tem vindo a aumentar em quase todas as províncias como se verifica no gráfico 1 abaixo.

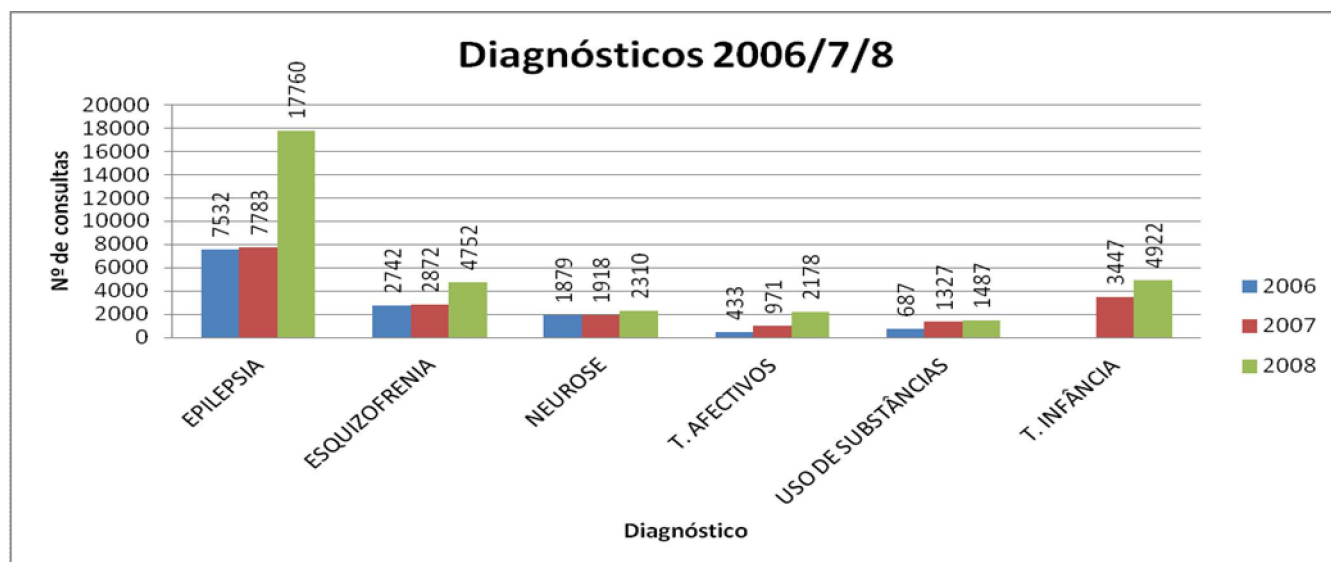
Gráfico 1. Nº de consultas realizadas 2006 – 2008



Em meados de 1998, os principais diagnósticos efectuados nas consultas externas e internamentos haviam sido a esquizofrenia, epilepsia, neuroses agudas e transtornos mentais e de comportamento decorrentes do consumo de substâncias psicoactivas.

Desde 2001, após as II Jornadas Científicas de Saúde Mental, ficou determinado pela Secção de Saúde Mental que a atribuição de diagnósticos deveria ser feita com base na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da OMS. Os resultados dos registos destes diagnósticos podem ser apreciados no gráfico 2 abaixo.

Gráfico 2. Principais diagnósticos 2006 – 2008



## 1.7 REABILITAÇÃO E REINserÇÃO SOCIAL

Os serviços de psiquiatria e saúde mental que oferecem actividades de reabilitação com vista a reinserção dos pacientes são escassos. Até 1998, o Hospital Psiquiátrico do Infulene realizava actividades de reabilitação e acompanhava os pacientes no processo de reintegração sócio-familiar numa tentativa de reduzir os índices de recaídas dos pacientes pós-alta. Após uma interrupção de cerca de dez anos, em que as actividades de reintegração e apoio comunitário eram feitas principalmente pela Associação Vanghano Va Infulene, uma associação de utentes e familiares de doentes mentais, em 2008, com o Programa de Assistência a População de Rua, esta área voltou a ser dinamizada naquela Unidade Sanitária.

Em 1997, abriu o Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas (CRPS), sob gestão da Congregação das Irmãs Hospitalarias São João de Deus, que surge como solução para os cuidados de reabilitação dos pacientes e como uma estrutura intermédia, entre o internamento a tempo inteiro e a completa reintegração familiar, social e escolar.

Em Gaza, funcionam desde o ano 2000, os Centros de Reabilitação Infantil do Chókwe e o de Chibuto que estão sob a responsabilidade da Organização Não Governamental *Douleurs Sans Frontières*. Estes centros recebem principalmente crianças órfãs e vulneráveis e têm como objectivo ajudar estes utentes a desenvolver competências e habilidades que lhes permitam uma reintegração escolar e familiar.

## **1.8 INVESTIGAÇÃO**

Em 1998, deu-se início a recolha de informação clínica sobre os pacientes atendidos em ambulatório que incluía os diagnósticos com base no CID-10, os registos do número de atendimentos, internamentos, óbitos e psicofármacos mais prescritos. Esta informação, que passou a ser recolhida de rotina, foi utilizada para fazer um levantamento do perfil epidemiológico dos pacientes psiquiátricos atendidos nas unidades sanitárias de Moçambique.

Durante as Primeiras e Segundas Jornadas Científicas de Saúde Mental de 1999 e 2001 respectivamente, foram apresentados, pela primeira vez, trabalhos de pesquisa realizados pelas equipas do Programa Nacional de Saúde Mental das diferentes províncias.

Em 2003, o Centro de Reabilitação Psicológica Infantil e Juvenil do Hospital Central de Maputo realizou também um levantamento epidemiológico dos pacientes atendidos naquele serviço em 2002 e 2003 bem como, os estudos sobre *“O consumo de álcool e drogas pelos adolescentes”* – realizado em algumas escolas da província de Maputo e sobre *“O atendimento psicológico de crianças e jovens seropositivos no Hospital Central de Maputo”*.

Ainda em 2003, a Secção de Saúde Mental realizou um levantamento epidemiológico em Cuamba e Maputo Sobre *“A Prevalência de Transtornos Mentais Severos em Comunidades Urbanas e Rurais no Sul e Norte de Moçambique”* com a coordenação do Dr. Vikram Patel da London School of Hygiene & Tropical Medicine, publicado pela Lancet em 2007 (The Lancet, [Volume 370, Issue 9592](#), Pages 1055 - 1060, 22 September 2007).

Como actividade contínua de pesquisa, o Departamento de Saúde Mental realiza regularmente rondas de *“vigilância Epidemiológica do Consumo do Alcool e Outras Drogas em Moçambique”*. Em 2009 foram submetidos três protocolos de pesquisa e aprovados pelo Comité de Ética no Instituto Nacional de Saúde, nomeadamente o *“Estudo CAP sobre Epilepsia”*, o *“Estudo das Particularidades da Saúde Mental na Sociedade Moçambicana Moderna”*, e sobre *“A Sexualidade das Pessoas Vivendo com o HIV/SIDA”*.

## **1.9 LEGISLAÇÃO E ESTRATÉGIAS**

Um dos principais objectivos do Programa Nacional de Saúde Mental de 1990 era a elaboração de legislação em saúde mental para velar pela protecção das pessoas com perturbações mentais e de comportamento e pela melhoria da qualidade de assistência nos serviços de saúde mental. Este objectivo ainda não foi alcançado uma vez que ainda não foi aprovada no país a Lei de Saúde Mental.

Os registos dos relatórios anuais de 1998-2003 referem-se aos esforços envidados neste sentido e das grandes dificuldades para o efeito, entre as quais a falta de apoio jurídico. Até à actualidade, a legislação em saúde mental continua a ser considerada uma prioridade para o Programa.

Em 1990, foi elaborado um Programa Trienal de Saúde Mental com Planos de Acção Anuais para o período de 1990-1992, no sentido de se atingirem os objectivos preconizados pelo Programa Nacional de Saúde Mental. Para além destes documentos, eram regularmente elaboradas Estratégias e Planos Operacionais Anuais ao nível da Secção de Saúde Mental.

No segundo semestre de 2006, foi aprovada a Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental 2006 – 2015 que tem sido o guião orientador do Departamento de Saúde Mental para a implementação das actividades do Programa Nacional de Saúde Mental.

Em 2007, foi aprovado o Decreto-Lei sobre o Regulamento do Consumo e Comercialização do Tabaco que tem carácter multi-sectorial e está a ser implementado sob a coordenação do Programa Nacional de Saúde Mental.

Estão em elaboração as Propostas de Lei do álcool, Lei de Protecção da pessoa portadora de perturbações mentais e de comportamento (Lei de Saúde Mental), Regulamento de Supervisão e Prática Clínica dos Psicólogos, Código Deontológico dos Psicólogos, Regulamento de Supervisão do Exercício da Prática Clínica em Psicologia e Regulamento do Estágio Profissional em Psicologia.

## **1.10 COLABORAÇÕES E PARCERIAS**

### **A Organização Mundial de Saúde (OMS)**

A Organização Mundial de Saúde é um dos principais parceiros e financiador do Programa Nacional de Saúde Mental em Moçambique. As actividades realizadas com o apoio da OMS datam de 1990 e, do ponto de vista técnico, o Programa teve sempre um ponto focal na OMS para tratar dos assuntos relacionados com a saúde mental.

### **A Cooperação Italiana/CIES**

Outro grande parceiro do Ministério da Saúde para a área da saúde mental é a Cooperação Italiana que tem dado apoio técnico e material desde a elaboração do Programa Nacional de Saúde Mental. A Cooperação Italiana foi sempre a principal financiadora do Programa Nacional de Saúde Mental através da Organização Não Governamental italiana Centro de Informazione e Educazione allo Sviluppo (CIES), que foi escolhida pelo Governo daquele país para fazer a intervenção directa e gestão do projecto de saúde mental em Moçambique.

Em 2001, durante a realização das segundas Jornadas Científicas de Saúde Mental, a Dr.<sup>a</sup> Custódia Mandlhate, médica psiquiatra responsável por este sector, referia-se a alguns dos contributos da Cooperação Italiana identificando como principais os seguintes:

- Elaboração e implementação do Primeiro Programa Nacional de Saúde Mental de Moçambique;
- Capacitação a diversos níveis, de trabalhadores de saúde e sociais em temas de saúde mental;
- Celebração de dias mundiais relacionados com a saúde mental e o combate ao tabagismo e outras toxicomanias;
- Formação de 34 técnicos de psiquiatria e saúde mental.
- Apoio as iniciativas da Associação Moçambicana de Saúde Pública (AMOSAPU);
- Organização das Jornadas Científicas de Saúde Mental;
- Organização de um Centro de Documentação nos Hospital Psiquiátrico do Infulene;

O apoio da cooperação italiana tem sido direccionado ao Hospital Psiquiátrico do Infulene e ao Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas, onde a aposta tem sido a intervenção ao nível comunitário através da Associação Moçambicana Vanghano Va Infulene.

### **Governo de Cuba**

Moçambique beneficia de apoio em recursos humanos enviados pelo Ministério da Saúde Cubano. Grande parte dos médicos psiquiatras que têm vindo a assegurar o atendimento psiquiátrico dos pacientes em Moçambique são cubanos em missão de serviço no âmbito desta cooperação bilateral entre os dois países.

### **Outros sectores do MISAU**

A nível interno, no Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Saúde Mental conta com grande apoio de sectores como:

O Departamento de Promoção de Saúde, (DEPROS) que faz a inclusão de temas de saúde mental nas actividades de envolvimento comunitário e a reprodução de material de informação, educação e comunicação (IEC) para a saúde;

O Departamento de Saúde Escolar e do Adolescente (SEA), que faz a inclusão dos temas de saúde mental nos manuais de formação para professores e fichas de saúde dos alunos;

A Direcção Nacional de Assistência Médica, da qual, o Programa Nacional de Saúde Mental faz parte na área assistencial, com destaque para o Programa Nacional Contra as Infecções de Transmissão Sexual/HIV/SIDA (PNC-ITS/HIV/SIDA) em que o Departamento de Saúde Mental é responsável pela componente de apoio psicossocial e monitoria da adesão ao Tratamento Antiretroviral;

A Direcção Nacional de Recursos Humanos – Departamento de Formação (DNRH-DF) que trabalha directamente com o Programa Nacional de Saúde Mental na abertura de cursos da área de saúde mental, elaboração de currículos, inclusão de temas de saúde mental nos cursos médios de saúde, capacitação e formação de técnicos de saúde mental. Por outro lado, o CEPAEP que é uma das repartições do Departamento de Saúde Mental é o responsável pela avaliação psicotécnica destes candidatos aos cursos básicos, médios e superiores da saúde a nível nacional;

O Departamento Jurídico, que faz a assessoria na elaboração de projectos de lei de saúde mental como o Decreto de Lei de Controlo do Consumo e Comercialização do Tabaco, de álcool e da própria Lei de Saúde Mental e Regulamentos da prática clínica de psicologia.

## **CAPÍTULO 2**

# **METODOLOGIA**



## **2. METODOLOGIA**

O presente estudo foi realizado nas 92 Unidades Sanitárias com serviços de psiquiatria e saúde mental de Moçambique, localizadas em zonas rurais e urbanas, incluindo os dois hospitais psiquiátricos e os 4 Centros de Dia. O Instrumento de Avaliação de Sistemas de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (WHO-AIMS) foi utilizado para a recolha de informações sobre o Programa Nacional de Saúde Mental de Moçambique nas diferentes Unidades Sanitárias e em outras instituições relevantes. Foram também realizadas entrevistas com líderes comunitários, pessoas chave de ONG's e outros sectores do Governo envolvidos nos cuidados às pessoas com perturbação mental.

Objectivamente, o estudo foi realizado em 6 fases distintas a saber:

- a. Tradução, adaptação e validação do instrumento WHO-AIMS;
- b. Treino da equipa de recolha de dados;
- c. Recolha de dados a nível nacional;
- d. Resumo e análise dos dados recolhidos;
- e. Tratamento dos dados com recurso ao *WHO-AIMS Excel Data Entry Program*;
- f. Análise dos resultados e elaboração do relatório.

A informação foi recolhida através dos questionários do WHO-AIMS indicados para os diferentes tipos de Unidade Sanitária (hospitais psiquiátricos, internamentos psiquiátricos de base comunitária ou enfermarias em hospitais distritais, rurais, gerais, provinciais e centrais, nas consultas externas e centros de dia) que foram previamente traduzidos e adaptados ao contexto local. Os dados foram recolhidos por profissionais de saúde mental seniores, que além da língua oficial do país, o Português, falam também as línguas nacionais dos locais para onde foram destacados.

Considerando a extensão territorial do país, o processo de recolha de dados foi efectuado por regiões (norte, centro e sul) em três períodos distintos. Em cada província, as equipas digitalizaram as informações registadas nos livros de consultas, inter-consultas e internamentos efectuados pelos profissionais de saúde mental em todas as Unidades Sanitárias com serviços nesta área. Foram realizadas entrevistas em cada província com os responsáveis ou pontos focais dos sectores da Acção Social, Educação, Administração Interna e Justiça.

Todos os dados recolhidos foram organizados em bases de dados Excel e SPSS para análise de *cohort* por distrito, província, região e finalmente resumidos numa análise global do país. Esta informação global do país foi posteriormente introduzida na Base de dados padronizada do WHO-AIMS para validação e análise epidemiológica.

Os dados apresentados no presente trabalho foram recolhidos em 2010 e referem-se ao ano 2009.

## **2.1 AMOSTRAGEM E PLANO DE RECRUTAMENTO**

O último Censo realizado em Moçambique em 2007<sup>(2)</sup> reporta que o país tem uma população estimada em 20.530.714 habitantes, dos quais 51.8% são mulheres. O Serviço Nacional de Saúde oferece cuidados de saúde de forma livre e universal a todos os cidadãos nacionais e estrangeiros, com residência fixa ou não no país. Das 1.277 Unidades sanitárias existentes, apenas 7,2% (92 US) oferecem serviços de psiquiatria e saúde mental em 55 dos 128 distritos do país.

Assim, fizeram parte da amostra do estudo, as 92 Unidades Sanitárias desde o nível de cuidados primário ao quaternário que oferecem serviços de saúde mental (100% da cobertura de saúde mental), tendo em conta que destas fazem parte centros e postos de saúde (nível primário), Hospitais rurais, distritais e gerais (nível secundários), hospitais provinciais (nível terciário) e os hospitais centrais e especializados (nível quaternário).

Ficou definido como critério de inclusão, as Unidades Sanitárias que ofereceram serviços de psiquiatria e saúde mental no período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2009 prestado por profissionais da área.

Ficaram excluídas todas as Unidades Sanitárias que não tiveram nenhum profissional de saúde mental a oferecer serviços nesta área durante o período do estudo.

## **2.2 INSTRUMENTOS**

O WHO-AIMS (*World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems* – Instrumento de Avaliação de Sistemas de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde) é um instrumento da OMS elaborado para colher informações essenciais sobre o Sistema de Saúde Mental de um país ou região. A recolha destas informações tem como objectivo a melhoria dos Sistemas de Saúde Mental definindo-se para o efeito, o Sistema de Saúde Mental, como todas actividades cujo objectivo primário é promover, restaurar ou manter a saúde mental. Esse Sistema inclui todas as organizações e recursos dedicados à melhoria da saúde mental.

O instrumento avalia os serviços de saúde mental em 6 domínios que são interdependentes e conceptualmente interligados. Apesar de haver alguma sobreposição entre alguns itens dos diferentes domínios, este facto não representa nenhum risco para a análise das informações a recolher. Os domínios do WHO-AIMS são os seguintes:

- Quadro de Políticas e Legislação
- Serviços de Saúde Mental
- Saúde Mental nos Cuidados Primários
- Recursos Humanos
- Promoção da Saúde Mental e Ligação Com Outros Sectores
- Monitoria e Pesquisa

A obtenção de informações para a avaliação destes domínios é feita através de 28 facetas e 156 itens. Só com a avaliação de todos estes itens, ou seja, dos seis domínios do instrumento, é possível ter uma visão global e sustentável do Sistema de Saúde Mental em estudo.

## **2.3 VARIÁVEIS**

O instrumento utilizado para o presente estudo, o WHO-AIMS, está estruturado de modo a recolher informações sobre 156 itens nos 6 domínios definidos. Assim, para além das variáveis sócio-demográficas, o estudo faz uma análise minuciosa sobre estes 156 itens com enfoque nas seguintes variáveis sobre os pacientes atendidos em cada Unidade Sanitária:

- Sexo dos pacientes atendidos
- Idade dos pacientes atendidos
- Diagnóstico dos pacientes segundo a CID-10
- Tempo de estadia dos pacientes
- Camas psiquiátricas disponíveis
- Tipo de admissão
- Pacientes restringidos/isolados
- Contactos dos pacientes com a Unidade Sanitária
- Seguimento na comunidade
- Acesso aos psicofármacos
- Profissionais de saúde mental disponíveis
- Pacientes com benefícios de segurança social
- Programas de prevenção e promoção da saúde mental
- Monitoria e pesquisa

## **2.4 PROCEDIMENTOS DE ADAPTAÇÃO, TRADUÇÃO, RETRO-TRADUÇÃO**

Para a realização desta avaliação em Moçambique, o instrumento WHO-AIMS foi adaptado, com a permissão da OMS, ao contexto do país. A OMS já tem traduzido para português a versão 2.1 do instrumento, bem como os questionários referentes aos 6 domínios de avaliação, seguindo todos os procedimentos requeridos para o processo de tradução e retro-tradução. No que se refere a versão 2.2, não foram encontradas referências de traduções do instrumento para português. Deste modo, e para efeitos do presente trabalho, foi feita a tradução da versão 2.2 e respectiva adaptação da linguagem ao contexto moçambicano por um grupo de trabalho constituído para o efeito.

Em termos de procedimentos, foi feita uma primeira tradução por um linguista legalmente reconhecido que tem o português como língua materna. Depois de testado e identificadas as palavras de difícil enquadramento o grupo de trabalho apresentou uma primeira versão consensual da tradução que foi

novamente traduzida para o original em inglês, desta vez, por um linguista que tem o inglês como língua materna.

Só após um consenso do grupo em relação aos itens problemáticos identificados na retro-tradução é que foi aprovada a ultima versão traduzida do instrumento.

## **2.5 PLANO DE ANÁLISE ESTATÍSTICA**

O WHO-AIMS está elaborado de modo que os dados recolhidos com os questionários do instrumento sejam analisados com o software *WHO-AIMS Excel Data Entry Program*. Este programa calcula automaticamente as percentagens e os índices para os itens qualitativos e quantitativos simplificando o processo de análise das informações recolhidas.

Com efeito, para que os dados recolhidos a nível nacional fossem introduzidos no programa informático do instrumento, estes foram inicialmente analisados no SPSS e no Excel de modo a filtrar a informação recolhida em cada Unidade Sanitária e validá-las para o posterior resumo nacional. Durante este processo, foram utilizadas medidas de estatística descritiva para uma análise completa (distribuição de frequências) e parcial (medidas de tendência central e de variabilidade) das informações recolhidas.

## **2.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Tendo em conta que os dados analisados no estudo foram aqueles registados de forma rotineira nos serviços, consideramos que devem ser consideradas como pertinentes as possíveis falhas dos profissionais de saúde mental no acto do preenchimento dos referidos registos. Dados incompletos e registos mal feitos são alguns dos obstáculos que podem diminuir o valor dos dados analisados e limitar, de certo modo, a extrapolação dos resultados.

## **CAPÍTULO 3**

# **RESULTADOS**

## **3. RESULTADOS**

### **3.1 QUADRO DE POLÍTICAS E LEGISLAÇÃO**

#### **3.1.1 POLÍTICAS, PLANOS E LEGISLAÇÃO**

As directrizes para a saúde mental em Moçambique estão reflectidas na Política Nacional de Saúde cuja última revisão foi efectuada em 2007. Neste Documento, estão incluídas as seguintes componentes: (1) desenvolvimento da saúde mental nos cuidados primários de saúde; (2) recursos humanos; (3) envolvimento dos pacientes e familiares; (4) advocacia e promoção; (5) protecção dos direitos humanos dos pacientes; (6) melhoria da qualidade dos serviços e (7) monitorização e avaliação.

Relativamente aos psicofármacos, existe no país um Formulário Nacional de Medicamentos que inclui os psicofármacos essenciais recomendados pela Organização Mundial de Saúde.

A segunda Estratégia e Plano de Acção Para a Saúde Mental, que está em curso, foi elaborada em 2006 e aprovada em 2007, aquando da realização da Primeira Reunião Nacional de Saúde Mental. Neste documento estão plasmadas as directrizes da Política Nacional de Saúde e incluem as componentes de (1) Recursos Humanos e Formação; (2) Organização e Prestação dos Serviços; (3) Envolvimento Comunitário; (4) Abuso de Substâncias Psicoactivas incluindo o Álcool e Tabaco; (5) Violência, HIV/SIDA e Outros Grupos Vulneráveis; (6) Epilepsia, Esquizofrenia e Outras Doenças Mentais Crónicas; (7) Advocacia e Legislação e Direitos Humanos; (8) Investigação; (9) Financiamento; (10) Monitorização e Avaliação. Para além destas directrizes de implementação, também está descrita a operacionalização da Estratégia com metas, prazos e orçamento, tendo alguns deles sido alcançados em 2009.

Até ao final de 2009, não tinham ainda sido aprovados no país o Plano para Intervenção de saúde Mental em Situações de Emergência e Grandes Calamidades nem a Lei de Protecção do Doente Mental. A Lei de protecção do doente mental está a ser elaborada e espera-se que seja submetida ao Conselho de Ministros em 2011.

#### **3.1.2 FINANCIAMENTO DO PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL**

Não existem dados fidedignos relativos ao valor total gasto em saúde mental a nível nacional. As actividades do Programa Nacional de Saúde Mental são integradas no orçamento geral para a saúde e

estima-se que a percentagem direccionada para esta área específica é inferior a 1% do orçamento da saúde.

Contudo, o acesso aos serviços é gratuito (mais de 80%) para toda a população, incluindo a aquisição de todos psicofármacos prescritos pelos profissionais do Serviço Nacional de Saúde. Para além disso, todos os pacientes considerados crónicos têm acesso a serviços de saúde 100% gratuitos.

### **3.1.3 POLÍTICAS DE DIREITOS HUMANOS**

A responsabilidade por velar pelo respeito dos direitos humanos dos pacientes é do Departamento de Saúde Mental. É através do Programa Nacional de Saúde Mental que são realizadas supervisões regulares aos serviços de saúde mental, as revisões dos procedimentos de admissão involuntária e de altas, das reclamações e processos de investigação. É também da responsabilidade deste Departamento aplicar sanções sempre que se justifique, pelo que 100% dos profissionais dos hospitais psiquiátricos e 33% dos serviços com internamento psiquiátrico de base comunitária (enfermarias de psiquiatria e camas de psiquiatria nos hospitais gerais e provinciais) beneficiam anualmente de formações sobre direitos humanos e saúde mental.

Contudo, não existe nenhuma instituição ou órgão independente (externo) que faça inspecções sobre direitos humanos na área da saúde mental.

## **3.2 SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**

### **3.2.1 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**

O Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde é a autoridade máxima da área no país. Este Departamento é responsável pela planificação e gestão da saúde mental, elaboração de políticas, planos, estratégias e outra legislação nesta área. Em termos de serviços de saúde, o Departamento gere o Programa Nacional de Saúde Mental que tem como principal função, implementar as directrizes do Departamento de forma descentralizada.

### **3.2.2 CONSULTAS EXTERNAS DE SAÚDE MENTAL**

Existem no país, 83 unidades sanitárias que oferecem consultas externas de psiquiatria e saúde mental das quais, 2% são exclusivas para crianças e adolescentes. Estas unidades sanitárias tratam 131 pacientes por 100.000 habitantes da população Moçambicana. Do total de pacientes tratados nas consultas externas, 40% são do sexo feminino e cerca de 37 % do total de consultas foram de pacientes com idade inferior ou igual a 17 anos.

Os pacientes atendidos nas consultas externas têm como principais diagnósticos a esquizofrenia (9%), transtornos neuróticos, de stress e somatoformes (6%). A maior parte dos pacientes (78%) foram diagnosticados com epilepsia, transtornos mentais orgânicos e transtornos mentais com início predominantemente na infância ou adolescência.

A média de contactos (consultas) por pacientes é de 1.55. Cerca de 55% das unidades sanitárias oferecem apoio continuado ao nível comunitário enquanto apenas 35% têm brigadas móveis funcionais. Dos tratamentos disponíveis, algumas (21 a 50%) das unidades sanitárias com consultas externas de saúde mental oferecem apoio psicossocial e cerca de 49% tiveram disponível, durante todo o ano, pelo menos um psicofármaco de cada categoria terapêutica (anti-psicóticos, anti-depressivos, estabilizadores do humor, ansiolíticos e anti-epilépticos) nas suas farmácias.

### **3.2.3 CENTROS DE DIA**

Existem 4 centros de dia de saúde mental no país e todos estão localizados na zona sul (Maputo e Gaza). Estes centros tratam 0.8 utentes por 100.000 habitantes. Do total de pacientes tratados nos centros de dia, 42% são mulheres e 78% são crianças ou adolescentes. Três dos centros de dia são destinados especificamente a crianças e adolescentes. Em média, os utentes passam 166 dias por ano nos centros de dia.

### **3.2.4 INTERNAMENTO PSIQUIÁTRICO DE BASE COMUNITÁRIA**

Em Moçambique, o internamento psiquiátrico de base comunitária é feito nas enfermarias de psiquiatria dos hospitais centrais e em camas destinadas especificamente para pacientes psiquiátricos nos hospitais gerais, provinciais, rurais e distritais. Assim, existem 29 unidades sanitárias com internamento psiquiátrico de base comunitária com 0.98 camas para 100.000 habitantes. Apesar de não ser uma prática orientada pelo Ministério da Saúde, efectivamente 2% das camas psiquiátricas destas unidades estão destinadas especificamente a crianças e adolescentes.

Cerca de 40% do total de admissões foram relativas a pacientes do sexo feminino. Os principais diagnósticos de admissão nos internamentos psiquiátricos de base comunitária são a esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (54%), os transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoactivas



(9%) e os transtornos do humor ou afectivos (9%). Também a este nível a epilepsia e os transtornos mentais orgânicos têm uma alta prevalência (27% dos casos). Em média, os pacientes permanecem internados durante 1.14 dias nas unidades sanitárias.

Quase todos (81-100%) os pacientes admitidos nos internamentos psiquiátricos de base comunitária beneficiaram de uma ou mais intervenções de apoio psicossocial em 2009. Em termos de disponibilidade de psicofármacos, 57% das unidades sanitárias com internamento psiquiátrico de base comunitária tiveram pelo menos um medicamento de cada grupo terapêutico (anti-psicóticos, anti-depressivos, estabilizadores do humor, ansiolíticos e anti-epiléticos) nas suas farmácias.

### **3.2.5 RESIDÊNCIAS PROTEGIDAS NA COMUNIDADE**

Não existem residências protegidas para pacientes psiquiátricos em todo o país.

### **3.2.6 HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS**

Existem dois hospitais psiquiátricos no país (Hospital Psiquiátrico do Infulene e Centro de Saúde Mental de Nampula) com um total de 0.8 camas por 100.000 habitantes. Ambos hospitais estão integrados com as unidades sanitárias que oferecem consultas externas de saúde mental. Nenhuma das camas dos hospitais psiquiátricos está reservada especificamente para crianças e adolescentes. Os principais diagnósticos dos pacientes admitidos nos hospitais psiquiátricos são a esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (47%), a epilepsia e outros transtornos orgânicos (31%) e os transtornos mentais decorrentes do consumo de substâncias psicoactivas (18%). O número de admissões nos hospitais psiquiátricos é de 6.3 pacientes por 100.000 habitantes.

Não se conhece a média de dias que os pacientes permanecem internados nos hospitais psiquiátricos. Contudo, 98% dos pacientes ficaram internados por menos de 1 ano e apenas 1% ficaram internados durante 1 a 4 anos. No Hospital Psiquiátrico do Infulene há dois pacientes que estão internados há mais de cinco anos. A maioria (51-80%) dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos recebeu intervenções de apoio psicossocial em 2009. Os dois hospitais psiquiátricos tiveram disponíveis nas suas farmácias pelo menos um psicofármaco de cada grupo terapêutico (anti-psicóticos, anti-depressivos, estabilizadores do humor, ansiolíticos e anti-epiléticos) durante todo o ano.

O número de camas nos hospitais psiquiátricos permanece o mesmo dos últimos cinco anos. Contudo, o número de pacientes é cada vez maior. No caso do Hospital Psiquiátrico do Infulene, o número de pacientes internados é habitualmente mais do que o dobro da capacidade de internamento do hospital em termos de número de camas disponíveis.

### **3.2.7 INTERNAMENTO FORENSE E OUTRAS RESIDÊNCIAS PROTEGIDAS**

Moçambique não dispõe de residências protegidas para pacientes psiquiátricos. Relativamente ao internamento forense, não existem camas específicas para este efeito. Os pacientes encaminhados pelo tribunal e pelas cadeias são internados nos hospitais psiquiátricos.

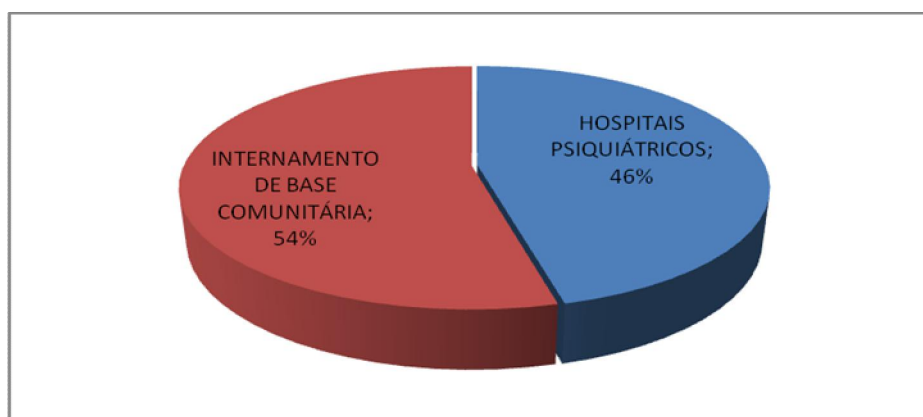
### **3.2.8 DIREITOS HUMANOS E EQUIDADE**

Cerca de 4% das admissões nas enfermarias e camas dos hospitais centrais, gerais, provinciais, rurais e distritais são registadas como involuntárias. Em relação aos hospitais psiquiátricos, o número é desconhecido, pois não são feitos registos nesse âmbito. Estima-se que entre 2-5% dos pacientes foram restringidos ou isolados pelo menos uma vez nos hospitais psiquiátricos e nas enfermarias e camas dos hospitais de base comunitária em 2009.

Em termos de distribuição de camas psiquiátricas disponíveis, cerca de 39% das camas estão localizadas na maior cidade do país contra 60% de camas distribuídas pelas outras cidades e áreas rurais, dando resposta a grande demanda de pacientes provenientes das zonas rurais. Adicionalmente, pode-se afirmar que há equidade nos serviços de psiquiatria e saúde mental disponibilizados para os grupos populacionais minoritários (por exemplo: as minorias étnicas; linguísticas; e religiosas).

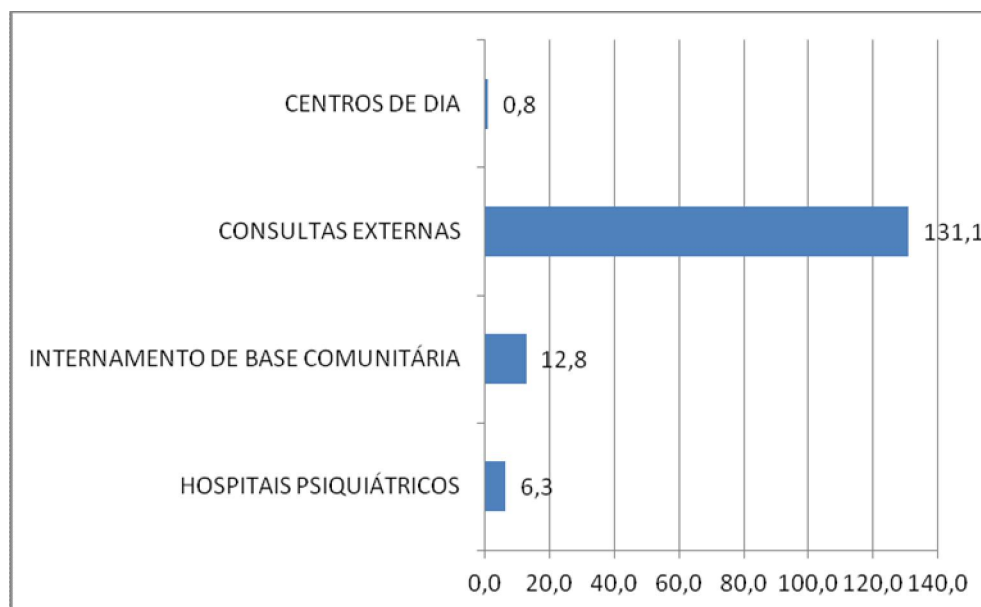
#### *Resumo dos Gráficos*

**Gráfico 2.1 – Camas nos hospitais de base comunitária e nos hospitais psiquiátricos**



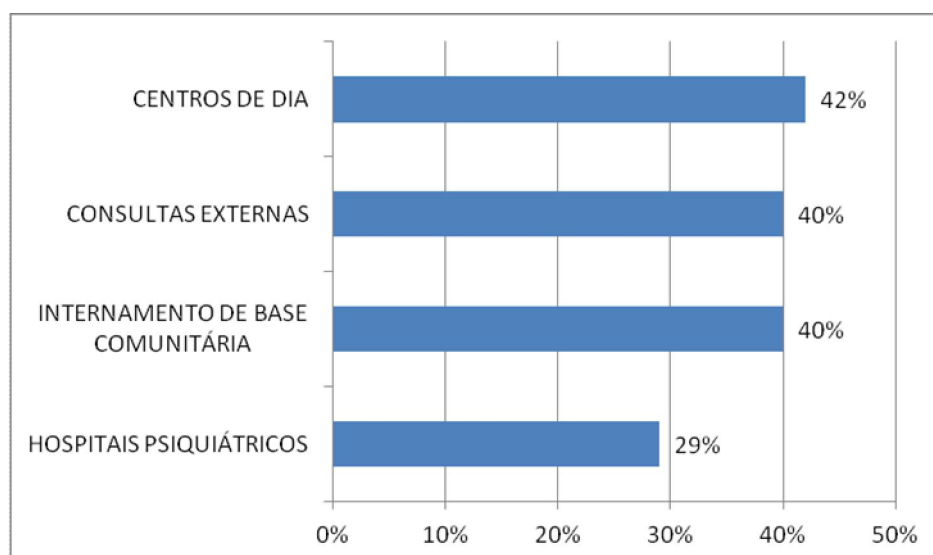
A maior parte das camas psiquiátricas estão localizadas nos hospitais de base comunitária

**Gráfico 2.2 – Pacientes tratados nos serviços de psiquiatria e saúde mental**



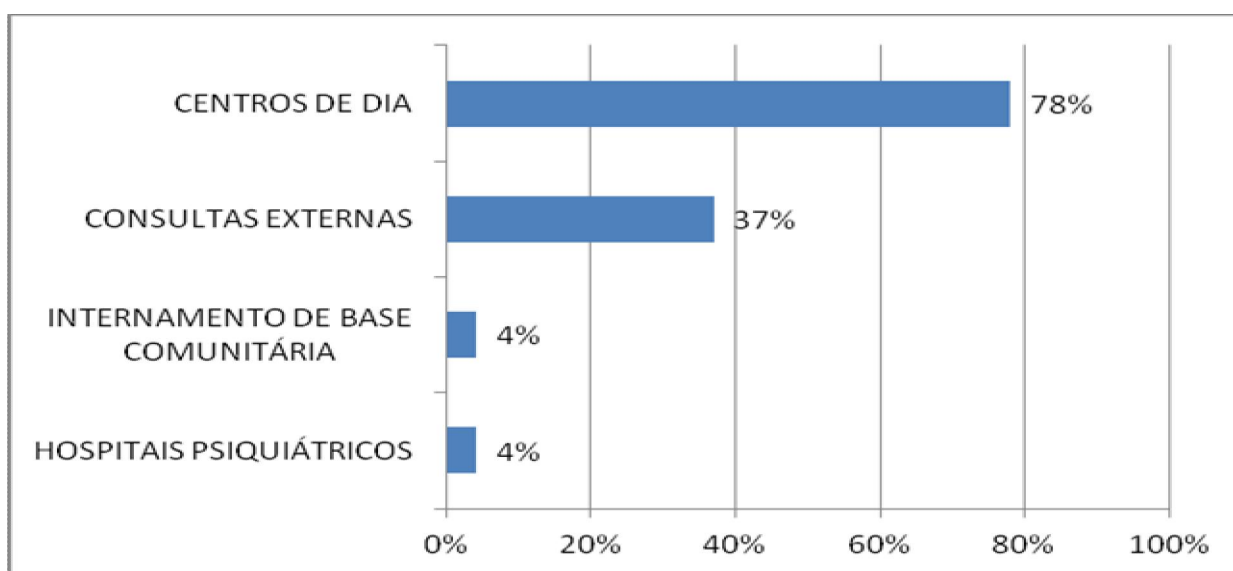
A maioria dos pacientes é atendida nas consultas externas. O internamento é feito em baixa escala nos hospitais psiquiátricos e nos internamentos de base comunitária.

**Gráfico 2.3 – Percentagem de mulheres tratadas nos serviços de psiquiatria e saúde mental**



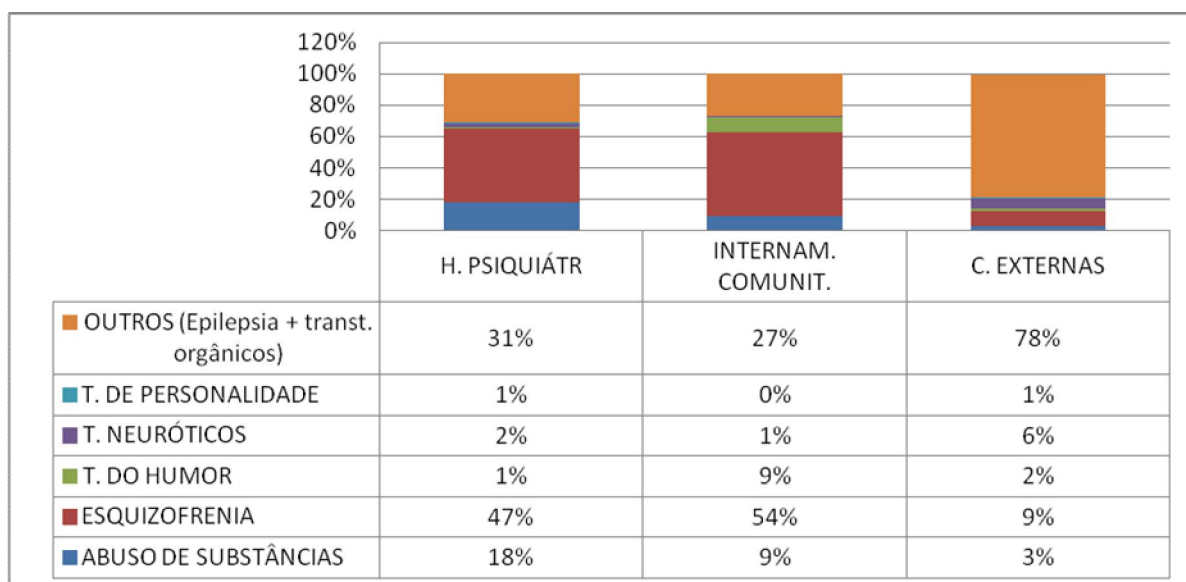
A população feminina atendida nos serviços de saúde mental representa cerca de 40% dos internamentos e atendimentos em ambulatório. Relativamente ao internamento nos hospitais psiquiátricos esta percentagem é reduzida para 29% de casos.

**Gráfico 2.4 – percentagem de crianças e adolescentes tratados nos serviços de psiquiatria e saúde mental**



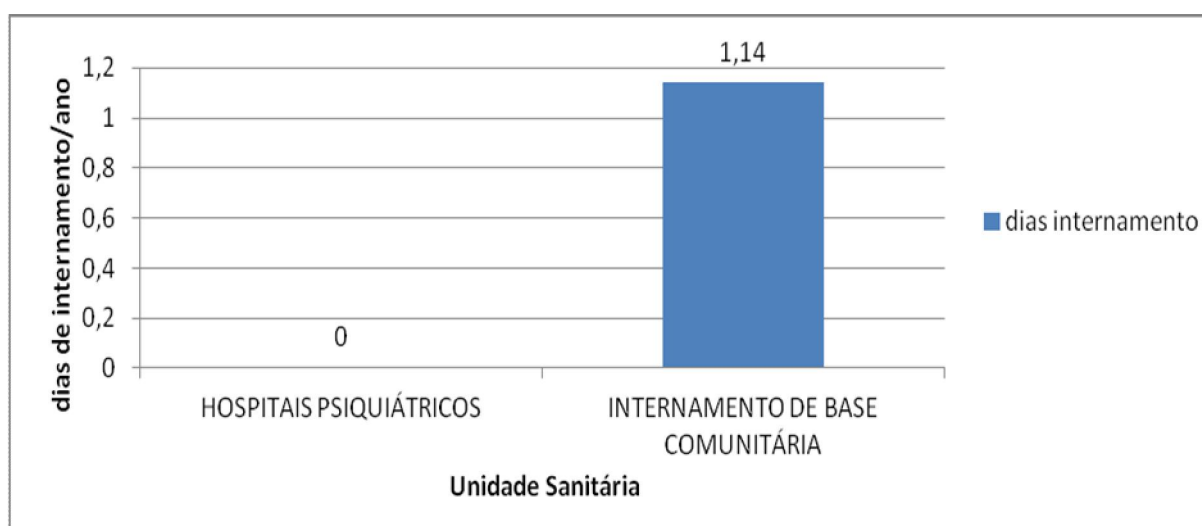
A proporção de crianças atendidas é maior nos centros de dia, seguida das consultas externas. O internamento psiquiátrico para crianças e adolescentes não é uma prática frequente no país. Importa recordar que cerca de 46% da população moçambicana é constituída por crianças e adolescentes até aos 14 anos de idade.

**Gráfico 2.5 pacientes tratados nos serviços de saúde mental por diagnóstico**



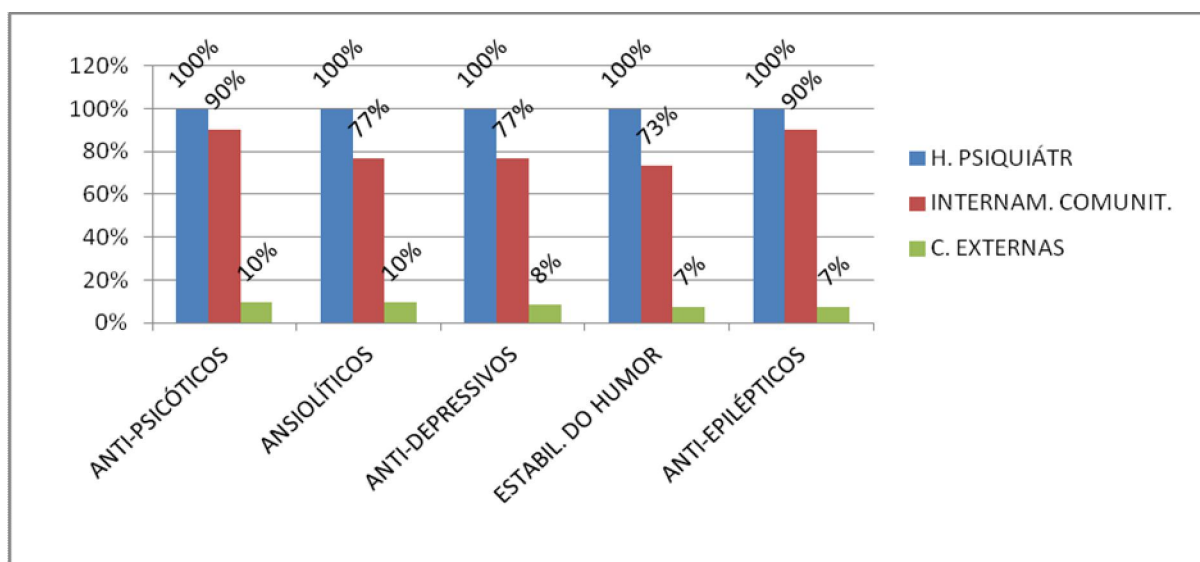
A esquizofrenia ocupa o primeiro lugar nos internamentos quer nos hospitais psiquiátricos quer nos internamentos de base comunitária seguido do abuso de substâncias. Relativamente as consultas externas, a epilepsia é o principal diagnóstico encontrado.

**Gráfico 2.6 – tempo de estadia dos pacientes nos serviços de internamento**



Os dados existentes sobre o tempo de internamento dos pacientes nos hospitais psiquiátricos não permitem calcular o somatório de dias de internamento durante o ano. Relativamente aos internamentos de base comunitária, a duração dos internamentos é de cerca de um dia.

**Gráfico 2.7 – disponibilidade de psicofármacos nos serviços de saúde mental**



Os hospitais psiquiátricos foram os únicos serviços de saúde mental onde esteve sempre disponível pelo menos um psicofármaco de cada grupo terapêutico. Nas enfermarias e camas dos hospitais com internamento psiquiátrico, houve ruptura de *stock* de psicofármacos, principalmente os ansiolíticos, anti-depressivos e estabilizadores do humor.

Em relação as consultas externas, mais de 90% tiveram ruptura de *stock* de todos os grupos de psicofármacos ao longo do ano.

### **3.3 SAÚDE MENTAL NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS**

#### **3.3.1 TREINO DO PESSOAL DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE MENTAL**

Cerca de 1% das horas de formação dos médicos clínicos gerais é dedicada a temas de saúde mental, enquanto que para a formação de enfermeiros esta percentagem sobe para 2%. A mesma situação se verifica em relação aos cursos de formação contínua em matéria de saúde mental.

#### **3.3.2 SAÚDE MENTAL NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS**

As unidades sanitárias dos cuidados primários com ou sem médico clínico geral, não têm protocolos para avaliação e tratamento em saúde mental. Apenas algumas das unidades sanitárias com médico (menos de 20%) fizeram pelo menos uma referência mensal de pacientes para os profissionais de saúde mental enquanto nenhuma das unidades sem médico o fez.

Relativamente a interacção entre os profissionais de saúde das unidades com médicos e os profissionais de saúde mental, constatou-se que esta interacção ocorre em menos de 20% dos casos. No que se refere as unidades sanitárias sem médico, esta interacção é inexistente.

A medicina tradicional é uma prática muito frequente no país sobretudo nas zonas rurais. Nesse contexto, e respondendo as políticas de saúde do país, a interacção entre os profissionais de saúde e os praticantes de medicina tradicional ocorre com frequência em algumas (21 - 50%) das unidades sanitárias com ou sem médico clínico geral.

### **3.3.3 PRESCRIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS**

Em Moçambique, todos os médicos clínicos gerais estão autorizados a prescrever psicofármacos sempre que necessário. A equipa de enfermagem não está autorizada a fazer este tipo de prescrição. Contudo, os técnicos de psiquiatria, técnicos médios formados em psiquiatria e saúde mental, estão autorizados a prescrever psicofármacos de todas as categorias terapêuticas e são estes que intervêm ao nível dos cuidados primários com ou sem médico.

Relativamente a disponibilidade de psicofármacos, são poucas as unidades sanitárias dos cuidados primários, com ou sem médico clínico geral, que têm disponível durante todo o ano pelo menos um psicofármaco de cada grupo terapêutico (anti-psicótico, anti-depressivos, estabilizadores do humor, anti-epilépticos e ansolíticos).

## **3.4 RECURSOS HUMANOS**

### **3.4.1 NÚMERO DE RECURSOS HUMANOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**

O número total de recursos humanos a trabalhar nos serviços de saúde mental por 100.000 habitantes é de 0.90. Na discriminação, de acordo com cada categoria profissional, esta proporção corresponde a 0.04 psiquiatras, 0.01 médicos (não especializados em psiquiatria), 0.21 enfermeiros, 0.27 psicólogos, 0.02 assistentes sociais, 0.01 terapeutas ocupacionais e 0.32 técnicos de psiquiatria. 56% dos psiquiatras trabalham apenas para o Estado (Serviço Nacional de Saúde) e os restantes 44% trabalham tanto para o Estado como para instituições privadas. Não existem no país psiquiatras a trabalhar exclusivamente em instituições de saúde mental privadas, ONGs ou clínicas privadas.

Relativamente aos psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais, 89% estão vinculados apenas ao Estado. 6% dos profissionais destas áreas trabalham tanto nas instituições estatais quanto nas privadas. Outros 5% trabalham apenas em instituições privadas. A regulamentação da prática privada de psicologia é fraca, pelo que os dados apresentados são estimativas baseadas nos registos feitos pela equipa do Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Importa referir que apesar de haver registos legais de uma associação de psicólogos, até ao final de 2009 não existia nenhuma a funcionar efectivamente.

Em relação ao local de trabalho, 8 psiquiatras trabalham nas consultas externas, 5 nas enfermarias e internamentos de base comunitárias (nos hospitais com camas para internamento psiquiátrico), e 4 nos hospitais psiquiátricos. Quanto aos médicos não especializados em psiquiatria, existem apenas dois, dos quais 1 está colocado no hospital psiquiátrico e 1 em enfermaria/internamento de base comunitária.

Existem 26 enfermeiros colocados nos hospitais psiquiátricos e 18 colocadas nas enfermarias e internamentos de base comunitária. Relativamente aos outros profissionais de saúde mental, existem 53 psicólogos e 2 terapeutas ocupacionais nas consultas externas. Nas enfermarias e internamentos de base comunitária estão 10 psicólogos. Nos hospitais psiquiátricos, laboram 3 psicólogos, 2 assistentes sociais e 2 terapeutas ocupacionais. Por último, existem 66 técnicos de psiquiatria a trabalhar nas consultas externas, 12 nas enfermarias e internamentos de base comunitária e 7 nos hospitais psiquiátricos.

Em termos de pessoal nos serviços de saúde mental, estão colocados 0.02 psiquiatras por cama nas enfermarias e internamentos de base comunitária e igual proporção nos hospitais psiquiátricos. No que se refere aos enfermeiros, estão colocados 0.09 nas enfermarias e internamentos de base comunitária em oposição aos 0.15 dos colocados nos hospitais psiquiátricos. Os psicólogos, assistentes sociais e terapeuta ocupacional estão numa proporção de 0.06 profissionais por cama nas enfermarias e internamentos de base comunitária e 0.04 nos hospitais psiquiátricos. Quanto aos técnicos de psiquiatria, a proporção é de 0.31 nas enfermarias e internamentos de base comunitária e 0.03 nos hospitais psiquiátricos.

**Gráfico 4.1 Recursos humanos na saúde mental (taxa por 100.000 habitantes)**

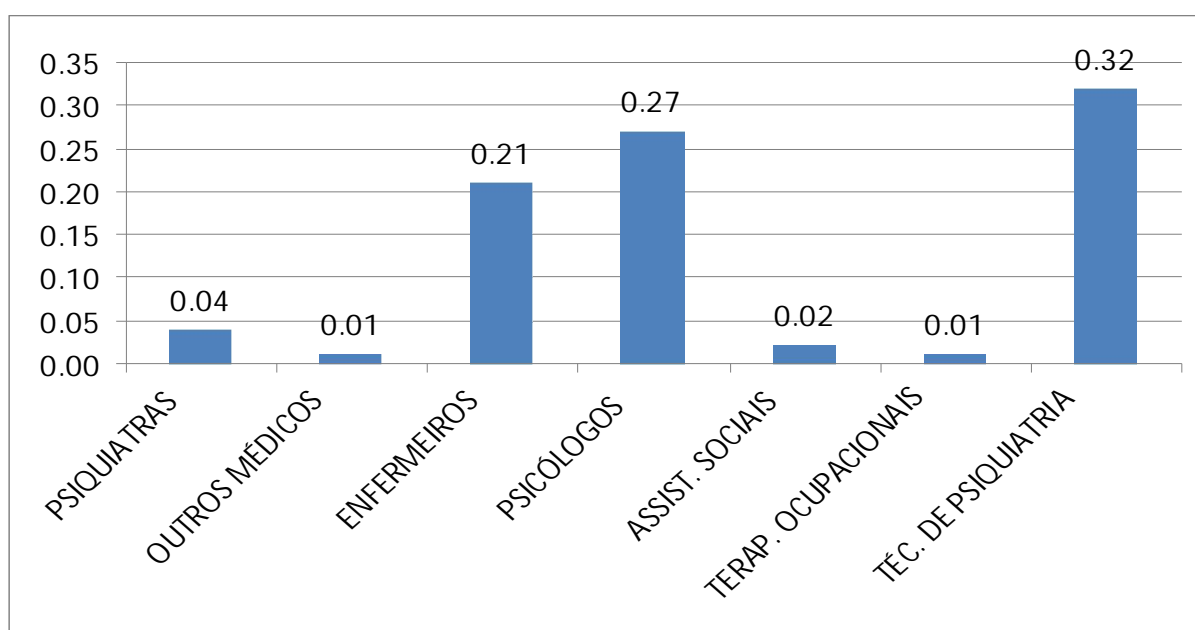




Gráfico 4.2 – Equipa a trabalhar nos serviços de saúde mental

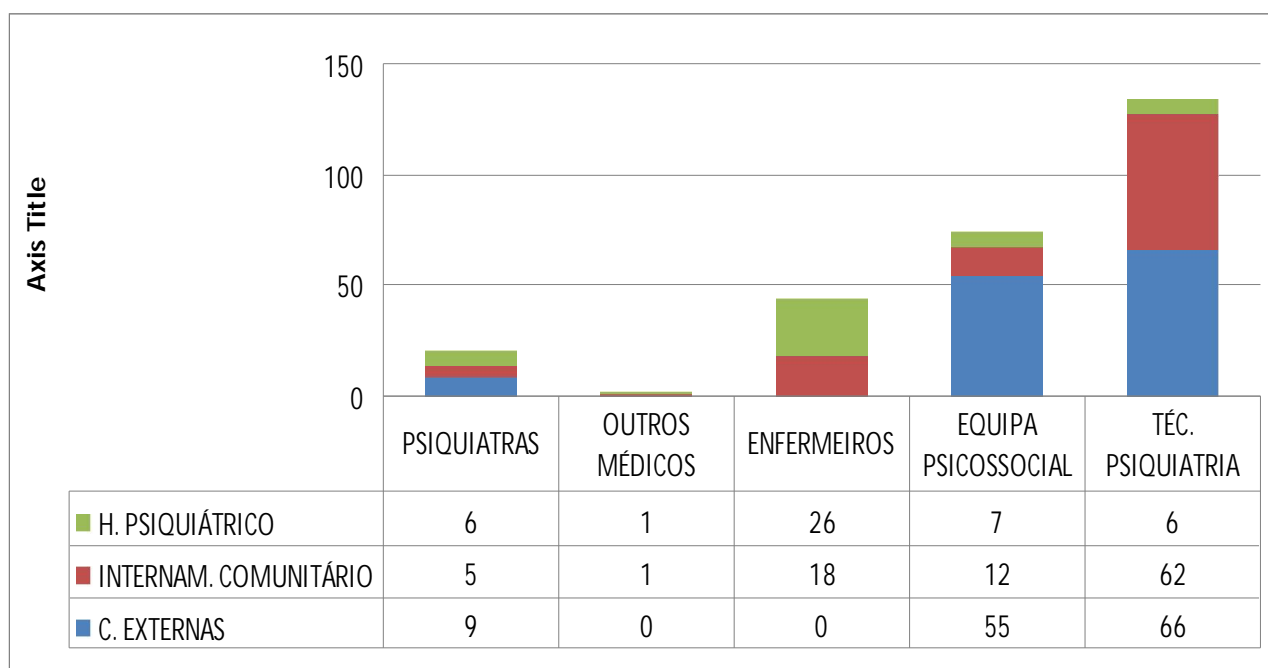
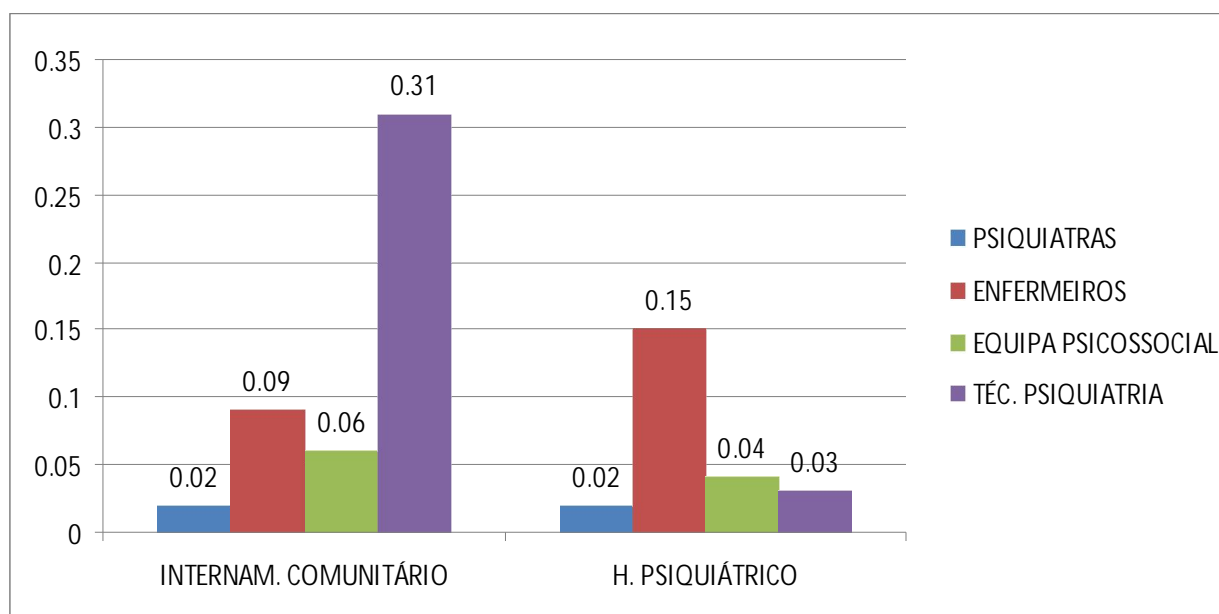


Gráfico 4.3 – Rácio dos recursos humanos por camas



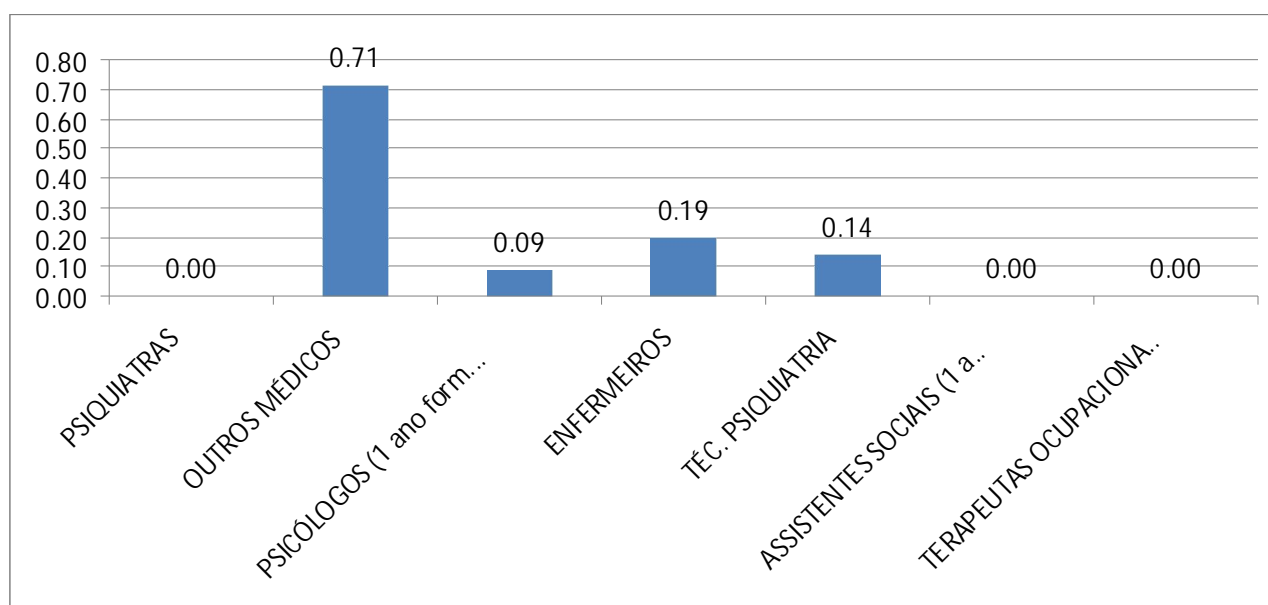
### **3.4.2 FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL**

O número de profissionais graduados em 2009 em instituições académicas por cada 100.000 habitantes é como se segue: 0.71 médicos clínicos gerais, 0.19 enfermeiros, 0.0 psiquiatras, 0.08 psicólogos com pelo menos 1 ano de formação em saúde mental, 0.13 enfermeiros com pelo menos 1 ano de formação em saúde mental, 0.0 assistentes sociais e terapeutas ocupacionais igualmente.

Nenhum psiquiatra imigrou para outros países nos cinco anos após a sua formação. Todos os técnicos de psiquiatria do país beneficiaram de cursos de formação contínua sobre uso racional de psicofármacos.

Em relação as formações sobre intervenções psicossociais foram capacitados 78% dos psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais e 100% dos técnicos de psiquiatria. Não foram realizadas formações contínuas sobre problemas de saúde mental da infância e adolescência.

**Gráfico 4.4 – Profissionais graduados nas instituições académicas (taxa por 100.000 habitantes)**



### **3.4.3 ASSOCIAÇÕES DE FAMILIARES E DE PACIENTES**

Não existem associações de familiares de doentes. Existe apenas uma associação de utentes que congrega simultaneamente os familiares, profissionais de saúde mental, os utentes e outros simpatizantes da causa da saúde mental. Esta associação conta com 74 membros e está envolvida no apoio comunitário aos utentes e familiares.

O Governo de Moçambique, através do Ministério da saúde presta apoio económico a esta associação concedendo espaço físico para o funcionamento das suas actividades no principal hospital psiquiátrico do país. Nos últimos dois anos, os representantes desta associação têm sido envolvidos na elaboração das políticas, estratégias e planos de acção para a saúde mental. São poucas (menos de 20%) as unidades sanitárias com serviços de saúde mental que interagem com esta associação.

Existe apenas uma ONG de saúde mental nacional, a Associação Vanghano Va Infulene, que tem desenvolvido actividades de promoção da saúde mental a nível comunitário.

## **3.5 LIGAÇÃO COM OUTROS SECTORES E PROMOÇÃO DE SAÚDE**

### **3.5.1 EDUCAÇÃO PÚBLICA E CAMPANHAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL**

As campanhas de promoção de saúde mental e sobre as perturbações mentais e de comportamento são coordenadas pelo Departamento de Saúde Mental a nível Central e pelas Direcções Provinciais de Saúde ao nível das províncias.

As instituições do Governo e algumas ONG têm feito actividades de promoção da saúde mental nos últimos cinco anos. Estas campanhas tiveram como alvos as seguintes populações: crianças, adolescentes, mulheres e população em geral. Adicionalmente, foram também realizadas campanhas para diversos grupos de profissionais incluindo provedores de saúde, professores e praticantes de medicina tradicional.

### **3.5.2 MEDIDAS LEGISLATIVAS E FINANCEIRAS PARA AS PESSOAS COM PERTURBAÇÕES MENTAIS**

Até ao final de 2009 não existia no país nenhum instrumento legal ou financeiro de apoio ao emprego, protecção contra a discriminação no trabalho e habitação, para as pessoas com perturbações mentais e de comportamento.

### **3.5.3 LIGAÇÃO COM OUTROS SECTORES**

Em relação ao sector de educação, não existem psicólogos a tempo inteiro ou parcial em nenhuma das escolas primárias e secundárias (públicas) do país e são poucas (menos de 20%) as escolas que realizam actividades de promoção da saúde mental e prevenção de doenças mentais.

Com o sector judicial e criminal, constatou-se que, apesar de haver 2-5% de prisioneiros a nível nacional com diagnóstico de psicose e menos de 2% com atraso mental, e de 1-20% das prisões terem pelo menos 1 prisioneiro a ser acompanhado por um profissional de saúde mental mensalmente, nenhum juiz, advogado ou agente da polícia participou de actividades educativas sobre saúde mental nos últimos 5 anos.

Em termos de apoio financeiro aos pacientes, não existem informações fidedignas sobre a assistência social ou emprego protegido para pessoas com perturbações mentais graves.

## **3.6 MONITORIZAÇÃO E PESQUISA**

### **3.6.1 MONITORIZAÇÃO**

O Departamento de Saúde Mental aprovou uma lista de dados individuais que devem ser recolhidos em todas as unidades sanitárias com serviços de psiquiatria e saúde mental. Esta lista inclui o número de camas de psiquiatria, número de admissões, número de dias passados no internamento e diagnósticos.

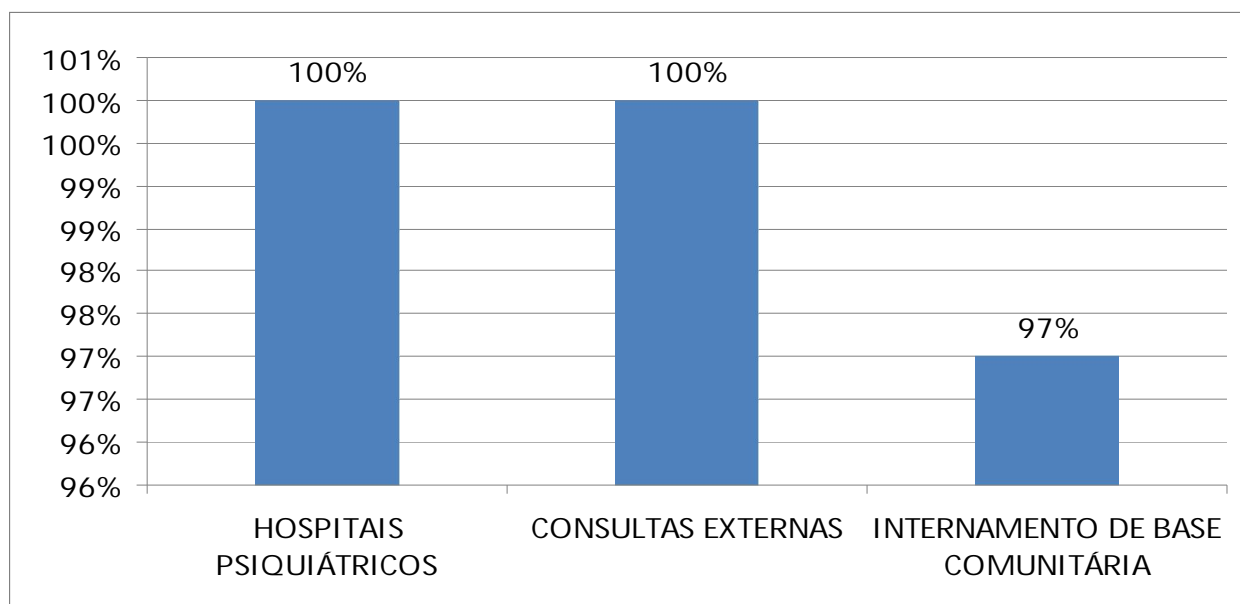
Como se pode verificar na tabela 6.1, a recolha dos dados de monitoria é variável entre os serviços de saúde mental. O Departamento de Saúde Mental recebeu dados de 100% dos hospitais psiquiátricos, 87% das enfermarias e 92% das consultas externas. Todos os relatórios anuais compilados pelo Departamento de Saúde Mental têm como principal fonte de informação os dados recolhidos nestas Unidades Sanitárias.

**Tabela 6.1 – Percentagem de serviços de psiquiatria e saúde mental que recolhem e compilam dados por tipo de informação**

***Avaliação dos Serviços de Saúde Mental de Moçambique***

	<i>HOSPITAL PSQUIÁTRICO</i>	<i>INTERNAM. COMUNITÁRIO</i>	<i>CONSULTA EXTERNA</i>
Nº de camas	100%	87%	N/A
Nº de admissões nos internamentos/pacientes tratados nas consultas externas	100%	87%	92%
Nº de dias de internamento/contactos dos pacientes nas consultas externas	100%	73%	92%
Nº admissões involuntárias	100%	30%	N/A
Nº de pacientes restringidos	50%	23%	N/A
Diagnósticos	100%	60%	92%

**Gráfico 6.1 – percentagem de serviços de psiquiatria e saúde mental que enviam dados para o Departamento de saúde Mental**



### **3.6.2 PESQUISA**

Não existem registos de pesquisas na área da saúde mental publicadas na PubMed sobre Moçambique nos últimos cinco anos e são poucos (1 – 20%) os profissionais da área actualmente envolvidos em projectos de investigação.

## **CAPÍTULO 4**

# **DISCUSSÃO, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

### **4.1 DISCUSSÃO**

Respondendo aos objectivos preconizados para a elaboração do presente trabalho, podem ser apresentadas como informações essenciais sobre o sistema de saúde mental de Moçambique dados sobre as políticas e legislação, financiamento e serviços.

Assim, pode-se afirmar que Moçambique tem uma estratégia e Plano de Acção para a saúde mental cujas acções estão plasmadas na Política Nacional de Saúde. Contudo, não existe no país uma Lei de saúde mental. O financiamento para a saúde mental é uma parte ínfima do Orçamento do Estado e está orientado basicamente para os serviços de tratamento. Não existem planos de segurança social, mas a maior parte da população tem acesso livre aos serviços de psiquiatria e saúde mental e aos psicofármacos. A questão dos direitos humanos dos pacientes é supervisionada pelo Governo através do Departamento de Saúde Mental. Todos os profissionais de saúde mental foram formados em matérias de humanização dos serviços e direitos humanos.

O Departamento de Saúde Mental é a entidade responsável pela saúde mental no país. É através do Programa Nacional de Saúde Mental que as actividades desta área são executadas. Existem 83 serviços de consulta externa que tratam 131 pacientes por 100.000 habitantes. Em relação aos centros de dia, a taxa de utilização dos serviços é inferior a 1.0 utentes por 100.000 habitantes o que ocorre de igual modo nos serviços de internamento de base comunitária. Não existem residências protegidas no país. Os hospitais psiquiátricos tratam 6.3 pacientes por 100.000 habitantes, mas desconhece-se a sua taxa de ocupação de camas. A maior parte dos pacientes admitidos têm diagnóstico de esquizofrenia. Houve uma pequena redução do número de camas dos hospitais psiquiátricos na ordem dos 2% nos últimos cinco anos. Não existem camas específicas para internamento forense. Estes pacientes são internados nos hospitais psiquiátricos. As admissões involuntárias e o isolamento ou reclusão dos pacientes são práticas comuns mas não são registadas nestes hospitais.

A formação dos profissionais de saúde dos cuidados primários contém menos de 2% de conteúdos de saúde mental e a interacção entre estes profissionais e os serviços de saúde mental ocorre em menos de 20% dos casos.

Existem 0.9 recursos humanos a trabalhar na saúde mental por 100.000 habitantes. As taxas são particularmente baixas para as categorias de médicos psiquiatras, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Todos os psiquiatras do país trabalham (exclusivamente ou não) nas instituições de saúde do Governo (Serviço Nacional de Saúde). A distribuição dos recursos humanos da área não é equitativa, havendo maior concentração destes recursos na maior cidade do país e nos hospitais psiquiátricos. Existe apenas uma associação de pacientes com perturbação mental e de comportamento, que inclui entre os seus membros os familiares dos doentes, profissionais da área de saúde mental e outros simpatizantes. Esta associação tem sido envolvida na planificação e na implementação das estratégias e planos de saúde mental. Não existe nenhuma associação exclusivamente de familiares de doentes mentais.



As campanhas de promoção da saúde e sensibilização sobre saúde mental são realizadas em todo o país, principalmente pelos técnicos de psiquiatria, seguido orientações do Departamento de Saúde Mental. Existe ligação com outros sectores como a educação, cultura, trabalho, Acção Social e justiça mas não existe nenhuma medida legislativa ou financeira de apoio para as pessoas com perturbação mental e de comportamento.

Os serviços de saúde mental recolhem e compilam regularmente dados sobre os pacientes atendidos e os serviços realizados. O Departamento elabora relatórios trimestrais, semestrais e anuais da área com base nos dados recolhidos nas unidades sanitárias. Não existe nenhum relatório de pesquisa em saúde mental realizada no país nos últimos cinco anos e que tenha sido publicada nos jornais de referência. Contudo, alguns estudos epidemiológicos foram realizados usando amostras clínicas e da comunidade.

Com estas informações, é possível delinear novos rumos para o desenvolvimento desta área com a qualidade necessária assegurando-se a preservação dos direitos humanos das pessoas com perturbação mental e de comportamento.

## **4.2 CONCLUSÕES**

Em Moçambique, a saúde mental tem espaço para progredir e oferecer melhor qualidade de serviços para quem deles necessitar. Existem no país instrumentos legais e um Departamento a nível do Governo para coordenar a implementação das políticas e planos de acção para a saúde mental.

Contudo, e apesar destes pressupostos serem uma base sólida para o desenvolvimento da área, outros factores como a escassez de recursos humanos treinados na área, a exiguidade de recursos financeiros para implementação das actividades, bem como a falta de informação pesquisas conduzidas com vista a reforma dos serviços com base em evidências, constituem obstáculos difíceis de transpor.

Ainda assim, o país continua a trabalhar para atingir a meta de focalizar as actividades de saúde mental ao nível dos cuidados primários. O plano de distribuição dos escassos recursos humanos tem como principal critério o número de habitantes de cada província de modo a garantir que esta seja equitativa e a sua meta é colocar pelo menos um profissional de saúde mental em cada distrito.

Feita a avaliação e a análise dos resultados da pesquisa, ficaram patentes as principais deficiências do Programa Nacional de Saúde Mental bem como os seus pontos fortes a saber:

### **Pontos Fortes**

- A existência de instrumentos legais – Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental e inclusão das prioridades da saúde mental na Política Nacional de Saúde;
- Ao nível do Governo existe um Departamento de Saúde Mental no Ministério da Saúde, responsável por coordenar as acções da área através do Programa Nacional de Saúde Mental;
- Existência de serviços de saúde mental de base comunitária em expansão até ao nível distrital (consultas externas e internamento de base comunitária);
- Priorização das actividades de promoção e prevenção ao nível primário de cuidados;
- O acesso aos serviços de saúde mental é universal;
- Os principais psicofármacos estão disponíveis a todos os utentes do Serviço Nacional de Saúde e têm uma comparticipação do Governo acima dos 90% dos custos.

### **Pontos Fracos**

- O principal hospital psiquiátrico do país está em condições precárias pondo em causa qualquer qualidade no atendimento dos pacientes;
- São escassos os serviços especializados para crianças e adolescentes;
- São escassos os serviços de saúde mental intermédios entre os hospitais especializados e os cuidados primários (consultas externas e internamento psiquiátrico) como os centros de dia (apenas quatro para todo o país e situados na zona sul) e as residências protegidas;
- O sistema de referência e contra-referência entre os serviços de saúde em geral e os serviços de saúde mental carece de melhorias;
- Não existe legislação específica de defesa dos direitos humanos das pessoas com perturbações mentais e de comportamento. A monitoria e a supervisão destes direitos são precárias e não têm sido feitas por nenhuma entidade independente;
- O emprego protegido para as pessoas com perturbações mentais e de comportamento não está institucionalizado;
- O orçamento destinado as actividades da saúde mental, é uma ínfima parte do orçamento para a Saúde em geral. Muitas actividades planificadas, incluindo aquelas da Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental não são implementadas por insuficiência de fundos;
- Uma das principais deficiências do Programa Nacional de Saúde Mental é a escassez de recursos humanos especializados na área. A cobertura do Programa a nível nacional com equipas multidisciplinares básicas compostas por psiquiatra ou técnicos de psiquiatria, psicólogo clínico e terapeuta ocupacional, é uma meta que ainda está muito longe de ser atingida;
- O sistema de informação em saúde mental é rudimentar e os dados recolhidos de rotina bem como os instrumentos utilizados para este efeito carecem de revisão.

## **4.3 RECOMENDAÇÕES**

Os resultados do relatório AIMS irão servir como base para a discussão da revisão da Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental actualmente em implementação na Reunião Nacional de Saúde Mental.

A realização desta Reunião Nacional, que será a segunda na história da saúde mental do país, servirá para congregar os profissionais de saúde mental e de outras áreas relevantes bem como representantes chave de outros sectores do Governo, com vista a debater a situação actual da saúde mental com enfoque nas áreas mais problemáticas:

- Direitos humanos;
- Recursos humanos;
- Serviços de base comunitária;
- Financiamento.

### **Políticas e Legislação**

- Actualização da Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental;
- Aprovação e implementação da Lei de Protecção da pessoa portadora de perturbação mental e de comportamento (Lei de saúde Mental);
- Advocacia para a institucionalização do emprego protegido para pessoas com perturbação mental e do comportamento;
- Aprovação e implementação do Decreto-Lei do Álcool;
- Ractificação da Convenção Quadro de Controlo da Comercialização do Tabaco;
- Advocacia para a melhoria do financiamento das actividades de saúde mental.

### **Serviços de Saúde Mental**

É necessário investir na criação de infra-estruturas que permitam uma transição paulatina do modelo assistencial hospitalar para um modelo de intervenção baseado na comunidade. Com efeito, para além dos centros de saúde ao nível dos cuidados primários, será indispensável:

- A expansão dos serviços de atendimento infantil (centros de reabilitação psicossocial e consultas externas especializadas para o atendimento infantil);
- A expansão dos serviços de atendimento de toxicodependentes (centros para desintoxicação, psicoterapia, reabilitação, terapia ocupacional, reinserção sócio-laboral);
- A criação de serviços de saúde mental intermediários (centros de dia e residências protegidas);

- A melhoria do sistema de referência e contra referência entre as unidades sanitárias dos cuidados primários e os serviços especializados passando pelas estruturas intermédias de reabilitação e reintegração psicossocial;
- A elaboração de protocolos de avaliação e intervenção para as perturbações mentais e de comportamento;
- A reabilitação do principal hospital psiquiátrico do país.

### **Recursos Humanos**

- Contratação de recursos humanos para a criação de equipas multidisciplinares de saúde mental em todas as províncias;
- Formação de recursos humanos:
  - Cursos de especialização;
  - Pós-graduação e Mestrados;
  - Formação contínua e estágios;
  - Reforço da componente de psiquiatria e saúde mental na formação dos médicos;
- Revisão da carreira dos psicólogos clínicos;
- Criação de carreira para os terapeutas ocupacionais;
- Actualização da categoria dos técnicos de psiquiatria.

### **Monitorização e Avaliação**

- Melhoria do sistema de registo e recolha de informação;
- Formação dos profissionais de saúde mental em monitoria e avaliação;
- Realização de pesquisas em serviço sobre as principais patologias identificadas.

## 5. LISTA DE REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (1995) – *Política Nacional de Saúde*. Governo de Moçambique. Maputo.
2. Mandlhate, Custódia (1996) – *Programa Nacional de Saúde Mental*. MISAU, Direcção de Saúde da Comunidade, Departamento de Saúde Mental. Maputo.
3. Ministério da Saúde (2007) – *Inventário Nacional de Infra-estruturas de Saúde, Serviços e Recursos*. Maputo
4. Ministério da Saúde (2007) – *Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental 2006 – 2015*. Maputo.
5. Ministério da Saúde (2009) – *Relatório anual de actividades 2008*. Direcção Nacional de Saúde Pública. Maputo.
6. Ministério da Saúde (2008) – Departamento de Saúde Mental. *Relatório da Monitoria da Implementação da Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental 2008*. MISAU, Departamento de Saúde Mental. Maputo.
7. Ministério da Saúde (2009) – *Relatório de actividades do Primeiro Semestre 2009*. Departamento de Saúde Mental, Direcção Nacional de Saúde Pública. Maputo.
8. Patel, V.; Simbine, P.; Soares, I.; Weiss, H.; Wheeler, E. (2007) – *Prevalence of severe mental and neurological disorders in Mozambique: a population-based survey*. In *The Lancet*, Volume 370, Issue 9592, Pages 1055 – 1060.
9. Santos, Palmira (2011) – *História dos 25 anos da Saúde Mental em Moçambique*. In Revista Psique. MISAU, Departamento de Saúde Mental. Maputo.
10. Serra, Carlos e Cossa, Dalmásia (2007) – *Colectânea de Legislação em Saúde*. Centro de Formação Jurídica e Judiciária. Maputo.
11. Wing, J. K. – *Research Designs for the evaluation of services*.
12. World Health Organization (2005) – *WHO-AIMS: Assessment Instrument for Mental Health Services*. Version 2.2. Geneva.
13. World Health Organization (2001) – World Health Report 2001. *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva.
14. World Health Organization (2004) – *Mental Health Policy, Plans and Programmes*. (*Mental Health Policy and Service Guidance Package*) Geneva.
15. World Health Organization (2005) – *Mental Health Atlas*. Geneva

## **ANEXO**

## **Implicações das constatações da pesquisa na Política Nacional de Saúde e na Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental 2006-2016**

Política Nacional de Saúde	Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental 2006-2015	Constatações	Recomendações
<i>POLÍTICAS, PLANOS, ESTRATÉGIAS E FINANCIAMENTO</i>			
Desenvolver até Junho de 2006 uma Estratégia e Programa de Acção de Saúde mental para que:  - Até 2010 seja possível a detecção precoce das doenças mentais - Até 2015 seja possível prestar cuidados ao nível primário		A Estratégia e Plano de Acção Para a Saúde Mental 2006-2015 carece de actualização	Realizar a segunda Reunião Nacional de Saúde Mental para revisão da actual estratégia
- Garantir um financiamento sustentável do sector de forma a assegurar o funcionamento e os investimentos necessários para a prestação de cuidados de saúde com qualidade e equidade (alocação de pelo menos 15% do OE para o sector saúde);  - Desenvolver mecanismos de financiamento de cuidados de saúde com vista a gradualmente eliminar as barreiras financeiras aos mais pobres no acesso aos serviços de saúde	Alocar recursos financeiros adequados para o desenvolvimento do programa de saúde mental	As actividades do PNSM são financiadas pelo OE para a saúde (<1% do orçamento da saúde).	Advogar para garantir um aumento do financiamento das actividades de saúde mental a nível nacional via Orçamento do Estado.  Fazer parcerias para garantir apoio financeiro para as actividades de saúde mental.
Advogar e tomar medidas apropriadas para fazer aprovar até Junho de 2007 uma legislação que proteja os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais e de comportamento e vise a redução do estigma a que estão sujeitos	Reduzir o estigma e a discriminação e promover os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais através do empoderamento da comunidade em torno das questões da saúde mental.	Não existe nenhuma lei de saúde mental que proteja os direitos dos doentes.	Elaborar, garantir a aprovação e implementação da Lei de Protecção do doente mental.



Política Nacional de Saúde	Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental 2006-2015	Constatações	Recomendações
<b>SERVIÇOS DE SAÚDE</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduzir a prevalência de doença mental crónica;</li> <li>- (...) até 2015 seja possível prestar cuidados de saúde mental nas Unidades Sanitárias de nível primário;</li> <li>- Redução da taxa de prevalência de incapacidade por doença mental</li> <li>- Rever e actualizar o sistema de referência entre as unidades sanitárias (...) até Junho de 2006</li> <li>- Promover o uso racional dos medicamentos, assegurando que o doente receba o medicamento apropriado à sua condição de saúde, nas doses correspondentes às suas condições individuais por um período de tempo adequado e ao menor custo para ele e para</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrar os serviços de saúde mental nos cuidados de saúde em geral e nos cuidados de saúde primários em particular.</li> <li>- Melhorar a qualidade de prestação dos cuidados de saúde mental em contexto Institucional</li> <li>- Aumentar o acesso geográfico aos cuidados de saúde mental especialmente nas zonas rurais</li> </ul>	Consultas externas: cobertura de pacientes deficiente (131:100.000 hab.)	Melhorar as condições físicas para o atendimento dos pacientes em ambulatório (disponibilizar salas de consulta específicas para o atendimento em saúde mental em função do número de profissionais da área disponíveis).
		Centros de dia: cobertura deficiente (0.8:100.000 hab.)	Melhorar o acesso dos doentes aos serviços (transporte/mobilidade dos doentes; promoção da saúde, intervenção precoce).
		Centros de dia: em nº reduzido e apenas na zona sul (Maputo e Gaza)	Expandir o número de centros de dia para as outras províncias. (por região numa primeira fase).
		Hospitais gerais: serviços acessíveis. Qualidade abaixo do esperado	Melhorar a qualidade do internamento nos hospitais gerais (disponibilidade de psicofármacos, sistema de referência, apoio continuado, apoio psicossocial, prevenção de recaídas).
			Elaborar fluxogramas de atendimento
			Elaborar sistema de referência e contra-referência e divulgá-lo.
		Hospitais psiquiátricos: cobertura deficiente (6.3:100.000 hab.)	Melhorar o sistema de admissão de pacientes

Política Nacional de Saúde	Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental 2006-2015	Constatações	Recomendações
<i>SERVIÇOS DE SAÚDE</i>			
a sua comunidade;		Internamentos: a maior parte dos internamentos ainda são feitos nos hospitais psiquiátricos e não nos hospitais gerais	- Reduzir o número de internamentos nos hospitais psiquiátricos - Investir no tratamento em ambulatório e o internamento em estruturas intermediárias (residências protegidas e centros de dia)
		Hospitais psiquiátricos: infra-estruturas degradadas	Advogar para garantir o financiamento da reabilitação dos hospitais psiquiátricos através do Orçamento do Estado e investidores privados
	- Regulamentar o regime de admissão para internamento em hospitais psiquiátricos, os regimes de apoio social e o direito ao trabalho do indivíduo com doença mental;	Hospitais psiquiátricos: 1% de internamentos prolongados	Criar residências protegidas para os pacientes de difícil ou impossível reintegração familiar
		Hospitais psiquiátricos: 4% de admissões involuntárias e 5% de encarceramentos	Desenhar política de internamento de pacientes
	- Finalizar a lei de saúde mental para a protecção dos doentes mentais	Hospitais psiquiátricos: humanização dos cuidados inexistente	Elaborar Lei de protecção dos Direitos dos Doentes e garantir a sua implementação
	Disseminar informação na comunidade acerca dos factores de risco da epilepsia e esquizofrenia e da natureza tratável destas doenças através da sua detecção precoce  - Integrar a provisão de serviços para a	Diagnósticos: a epilepsia, esquizofrenia e toxicodependência são os principais diagnósticos de perturbação mental e de comportamento identificados.	Implementar a estratégia para a detecção e tratamento precoce da epilepsia e esquizofrenia

Política Nacional de Saúde	Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental 2006-2015	Constatações	Recomendações
<i>SERVIÇOS DE SAÚDE</i>			
	epilepsia e esquizofrenia e outros doenças mentais crónicas em todos os níveis de cuidados com ênfase na detecção precoce ao nível dos cuidados primários.		
	Assegurar um fornecimento regular e adequado de psicotrópicos, com particular atenção ao nível provincial  - Assegurar a prescrição racional de medicamentos psicotrópicos	Psicofármacos: a disponibilização pela via clássica é desastrosa. Há rotura de stock durante o ano todo.	Elaborar e implementar um plano alternativo de gestão dos psicofármacos.
		Cuidados primários: não existem protocolos para as doenças mentais nas US de nível primário	Elaborar protocolos para o tratamento das doenças mentais nas US de nível primário
		Cuidados primários: sistema de referência e contra-referência deficitário	Rever e actualizar o sistema de referência para os pacientes com transtornos mentais e de comportamento

Política Nacional de Saúde	Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental 2006-2015	Constatações	Recomendações
<b>RECURSOS HUMANOS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar e continuar a expandir a rede sanitária para junto das comunidades, desse modo aumentando a extensão da cobertura da população em cuidados de saúde;</li> <li>- Aumento do número médio de consultas por habitante por ano (...) e melhoria progressiva da sua qualidade;</li> <li>- Intensificar a formação dos recursos humanos para a saúde, sobretudo aos níveis médio e superior para permitir a expansão da rede de prestação de cuidados de saúde (...)</li> <li>- Intensificar os programas de pós-graduação;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encorajar o recrutamento e a fixação de profissionais de saúde mental ao Serviço Nacional de Saúde</li> <li>- Promover a formação e o treino de profissionais de saúde mental</li> <li>- Melhorar a qualidade do treino dos profissionais de saúde em geral no âmbito da prestação de cuidados de saúde mental</li> </ul>	Psiquiatras: 0.04:100.000 hab.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Divulgar a especialização em psiquiatria nas faculdades de medicina;</li> <li>- Promover cursos de pós-graduação e especialização em psiquiatria para formar pelo menos dois psiquiatras para cada província.</li> </ul>
		Psicólogos: 0.27:100.000 hab. Terapeutas ocupacionais: 0.01:100.000 hab.	Formar psicólogos e terapeutas ocupacionais e abrir vagas para o seu enquadramento no SNS.
		Médicos clínicos gerais: 0.01:100.000 hab.	Abrir vagas para admissão de pelo menos um clínico geral em cada enfermaria de psiquiatria e dois para cada hospital psiquiátrico
		Técnicos de psiquiatria: 0.32:100.000 hab.	Expandir os serviços prestados pelos técnicos de psiquiatria para todos os distritos a nível nacional
		Assistentes sociais: 0.02:100.000 hab.	Colocar um assistente social em cada enfermaria de psiquiatria e dois em cada hospital psiquiátrico.
		Enfermeiros: 0.21:100.000 hab.	Formar enfermeiros especializados em psiquiatria e abrir vagas para o seu enquadramento

Política Nacional de Saúde	Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental 2006-2015	Constatações	Recomendações
<i>RECURSOS HUMANOS</i>			
		Profissionais concentrados nos grandes centros populacionais (capital)	Descentralizar os recursos humanos especializados em saúde mental de acordo com a política de descentralização do Governo.
		Médicos clínicos gerais não fazem o devido acompanhamento de pacientes psiquiátricos	Advogar para garantir um aumento da carga horária de temas de saúde mental nos currículos dos cursos de medicina geral.
		Formação: licenciaturas e especializações quase inexistentes. Não satisfazem a necessidade projectada	Advogar para a abertura de vagas nos cursos de licenciatura e especialização na área da saúde mental em instituições públicas e privadas.

Política Nacional de Saúde	Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental 2006-2015	Constatações	Recomendações
<b>PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E LIGAÇÃO COM OUTROS SECTORES</b>			
<p>- Atingir uma melhoria significativa nas vidas da população, em particular, a das periferias urbanas;</p> <p>- (...) Criar e desenvolver, até final de 2006, mecanismos para a cooperação intersectorial para a saúde e sua implementação a partir desse mesmo ano</p>	<p>Promover os cuidados de saúde mental baseados na comunidade através da mobilização e consolidação das redes de apoio formais e informais.</p>	<p>Promoção da saúde mental feita para diferentes grupos alvo e com diferentes temáticas. Impacto não mensurado em função dos objectivos.</p>	<p>Elaborar programas de promoção da saúde mental com metas e indicadores mensuráveis e monitorizar a sua implementação</p>
		<p>Educação: escolas sem psicólogos e sem políticas para a área da saúde mental</p>	<p>Advogar junto do Ministério da Educação e Cultura para a criação e implementação de programas de apoio psicopedagógico nas escolas.</p>
		<p>Judicial e criminal: cerca de 5% de reclusos com psicoses</p>	<p>Elaborar e propor ao Ministério da Justiça a implementação de uma programa de prevenção e tratamento das perturbações mentais e de comportamento para os reclusos.</p>
		<p>Judicial e criminal: falta de formação dos profissionais da área jurídica e de segurança pública</p>	<p>Advogar para garantir a inclusão de temas de saúde mental nos currícula de formação dos profissionais na área jurídica e de segurança pública</p>
		<p>Finanças: não existem políticas de incentivo e protecção dos direitos laborais e de segurança social dos doentes</p>	<p>Elaborar Lei de protecção dos Direitos dos Doentes e garantir a sua implementação</p>

Política Nacional de Saúde	Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental 2006-2015	Constatações	Recomendações
<i>MONITORIA E AVALIAÇÃO</i>			
<p>- promover o desenvolvimento da capacidade de investigação em saúde (...);</p> <p>- promover, incentivar e financiar adequadamente a investigação em saúde aos diferentes níveis do Sistema de Saúde</p>	<p>- Desenvolver uma agenda de investigação que tenha em conta as prioridades do Sector</p> <p>- Integrar indicadores de saúde mental no sistema de informação para a saúde em geral</p>	Instrumentos para recolha de informação inadequados	Elaborar instrumentos de registo de informações essenciais de saúde mental nas US
		Registo, compilação e envio de informação precário	Criar um sistema de monitoria e avaliação específico para a saúde mental;
		Não existem pesquisas da área da saúde mental publicadas na PubMed nos últimos cinco anos.	Incentivar a realização de pesquisas em trabalho como actividade de rotina